



Universidad  
Complutense  
Madrid

## **MÁSTER EN ARTETERAPIA Y EDUCACIÓN ARTÍSTICA PARA LA INCLUSIÓN SOCIAL**

### ***El vínculo en arteterapia médica.***

#### **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

**CURSO: 2013-2014**

**ESPECIALIDAD: Ámbito clínico.**

**CRISTINA RAMOS RUIZ**

**DNI: 05309257-Y**

**TUTORA: MARIÁN LÓPEZ FERNÁNDEZ CAO**  
**Departamento de Didáctica de la Expresión Plástica**  
**Facultad de Educación. Universidad Complutense de Madrid**

## ÍNDICE

1. RESUMEN-ABSTRACT .....	5
2. INTRODUCCIÓN.....	6
3. MARCO METODOLÓGICO.....	7
3.1. Principios metodológicos.....	7
3.2. Preguntas de investigación .....	10
3.3. Objetivos .....	10
3.4. Estructura del trabajo .....	10
4. MARCO TEÓRICO .....	11
4.1. Estado de la cuestión. ....	11
4.2. El vínculo. ....	12
4.3. El vínculo terapéutico .....	15
4.4. El vínculo en arteterapia.....	17
4.5. El niño hospitalizado .....	20
4.6. Arteterapia con niños hospitalizados .....	22
4.7. Conclusiones del marco teórico .....	27
5. MARCO EXPERIMENTAL.....	28
5.1. Metodología del marco experimental .....	28
5.2. Desarrollo de la experiencia .....	29
5.4. Evaluación y triangulación.....	56
5.5. Conclusiones del marco experimental.....	57
6. CONCLUSIÓN.....	58
7. BIBLIOGRAFÍA .....	62
7.2. Bibliografía digital.....	63
8. ANEXOS.....	65
8.1. Formulario de Registro.....	65
8.2. Tríptico informativo.....	65
9. DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	67

## 1. RESUMEN-ABSTRACT

### Resumen

Este trabajo de investigación tiene como tema central el vínculo en sesiones de arteterapia con niños hospitalizados. Su objetivo principal es identificar aquellos elementos que favorezcan la relación entre terapeuta y paciente que se han podido comprobar en el ejercicio de la práctica académica en hospitales infantiles de la Comunidad de Madrid. Se ha elaborado siguiendo los planteamientos de la metodología cualitativa y concretamente los paradigmas fenomenológico y reflexivo y el método de estudio de casos múltiple. Para acercar al lector a la comprensión de estas temáticas se ha revisado la teoría de Winnicott, y Melanie Klein, fundamentalmente, considerando la teoría de las relaciones objetales y la constitución del Yo como piedras angulares para la fundamentación teórica del mismo. Así mismo, se expone el perfil de paciente pediátrico y el concepto de *hospitalismo* que define los posibles efectos que causa la hospitalización en los niños. También, se revisan las cualidades del arteterapia y se analiza su indicación en el contexto hospitalario donde el arteterapeuta ayudará a constituir un ambiente de sostén y posibilidad creadora que permitirá al paciente conectar con la capacidad y por tanto, reconectar con la salud. Como conclusión se afirma que existen elementos favorecedores del vínculo en arteterapia médica y que este está condicionado en gran medida por el marco institucional y sus profesionales, así como por los familiares del paciente y la salud del paciente.

**Palabras clave:** vínculo, psicoanálisis, hospital infantil, hospitalismo, arteterapia.

### Abstract

The main topic of this research is the relation between the therapist and hospitalized children on art therapy sessions. Its principal target is to identify elements that benefit this relationship between therapist and patient. It has been elaborated on the frame of qualitative research, and more specifically on

the phenomenology and reflexive paradigm, as well as the multiple case study method. In order to familiarize the reader with these issues, it has been performed a theoretical review of Winnicott's "constitution of the self" theory and Melanie Klein's object relations, as the leading theoretical foundations. Likewise, it is exposed the profile of the pediatric patient and the concept of *hospitalism* which defines the effects that hospitalization may cause in children. In the setting of art therapy, the art therapist will help to establish an environment where holding and creative ability allow the patient to connect with possibility and due to this, to reconnect with health. As a conclusion it is affirmed that there exist elements which benefit the relationship between therapists and patients in medical art therapy and also that they are considerably determined by the institutional frame and its professionals, and so as by the family of the patient and the health of the patient.

**Key Words:** link, psychoanalysis, pediatric hospital, hospitalism, art therapy.

## 2. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación surge de la experiencia de prácticas como alumna del máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social gracias al convenio que tiene la Universidad Complutense de Madrid con el Hospital Universitario La Paz y con la Fundación Menudos Corazones.

Este convenio me ha posibilitado acceder también a los hospitales 12 de Octubre y Ramón y Cajal para ofrecer un servicio de arteterapia a niños y niñas ingresados en la tres plantas de Pediatría, dos Unidades de Cardiología, una Unidad de Trasplantes, una Unidad de hemodiálisis (a partir de ahora HD) y en dos Unidades de Cuidados Intensivos de Pediatría entre Octubre de 2013 y Abril de 2014. Necesariamente, la casuística en cada Unidad es muy diversa y obliga a plantear el servicio de arteterapia manera diferente.

La finalidad de la investigación es responder a los interrogantes que surgen acerca de la cuestión vincular en sesiones de arteterapia en hospitales infantiles y para ello comienzo por exponer la teoría que me ha servido de referencia para formar una posición teórica frente al tema del vínculo desde su génesis en la primera infancia

hasta sus efectos en una futura relación terapéutica y las peculiaridades del mismo en la disciplina del arteterapia. El siguiente tema fundamental del cuerpo teórico lo constituye la teoría acerca de la hospitalización infantil y las exigencias y potencialidades del arteterapia en este ámbito.

El resultado de la investigación nos lleva a distinguir elementos favorecedores del vínculo y otros que lo dificultan, así como elementos que sirven para contrarrestar las carencias que podemos prever como consecuencia de la observación del contexto.

Con el fin de mejorar la práctica del arteterapia en el ámbito hospitalario, se deja una puerta abierta a una futura investigación en la que se aborde en profundidad las exigencias de este ámbito de trabajo, con el fin de definir un protocolo de actuación que favorezca la práctica y por tanto, ayude a mejorar la salud física y emocional de los pacientes.

### **3. MARCO METODOLÓGICO.**

#### **3.1. Principios metodológicos.**

La presente investigación es de corte cualitativo ya que atiende a una realidad de tipo social. La investigación cualitativa se considera una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones que adoptan la forma de entrevistas, narraciones, notas de campo, grabaciones, transcripciones de audio y video, registros de todo tipo, fotografías o películas y artefactos. La investigación cualitativa estudia cómo se construye la realidad con el fin de comprenderla. (Ruíz, 1996)

A continuación nombramos algunas características que Taylor Y Bodgam adjudican a la investigación cualitativa:

- Es inductiva.
- El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables sino considerados como un todo.

- Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.
- Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.
- El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.
- Los métodos cualitativos son humanistas.
- Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.
- La investigación cualitativa es un arte.

En la presente investigación seguiremos el método fenomenológico-interpretativo, que busca describir el significado de la experiencia vivida por varios individuos en común y conocer los significados que los individuos le otorgan, legando la importancia al aprendizaje del proceso de interpretación por el que la gente define su mundo y actúa en consecuencia. Ruíz Olabuénaga destaca el énfasis sobre la experiencia subjetiva, es “la investigación sistemática de la subjetividad”. Su objetivo es reducir la visión individual para dotarla de un carácter universal (Creswell, 2006). En este tipo de investigación, afirma Folgueiras, “el investigador tiene un rol muy activo ejerciendo técnicas de recogida de datos como pueden ser la observación participante, la elaboración de entrevistas y el análisis de datos”. Los modelos cualitativos más habituales requieren que las personas más responsables de las interpretaciones estén en el trabajo de campo, haciendo observaciones, emitiendo juicios subjetivos, analizando y resumiendo a la vez que se dan cuenta de su propia conciencia (Stake, 1998:45).

Es necesario recoger información acerca del fenómeno y desarrollar una descripción elaborada de lo que es la experiencia en esencia para todos aquellos individuos, en qué ha consistido y cómo lo han vivido.

Así mismo, se toma como referencia la metodología construccionista que estudia los fenómenos psicológicos a partir del modo que las personas aplican su experiencia presente, las vivencias personales de su historia de vida, las influencias del contexto social y el conocimiento teórico en un determinado tema. La mirada construccionista propone un modo de acercamiento a la complejidad de la realidad, considerando la diversidad e individualidad tal como la manifiestan las personas. (Donoso, 2004). El

conocimiento es algo que se construye a partir de la experiencia más que algo que se descubre.

Las destrezas que necesita la persona que investiga para realizar una investigación cualitativa son la sensibilidad teórica y social, la habilidad para mantener distancia analítica, destrezas finas de observación, y destrezas poderosas de interacción social. Según Strauss & Corbin, el investigador o investigadora cualitativo debe ser "conocedores de los datos y la teoría, y al mismo tiempo capaces de escapar los aspectos de su propio trabajo que puedan bloquear la nueva perspectiva, el presentimiento, la intuición, la idea brillante, o la formulación teórica diferente".

De la descripción que hace Del Río sobre las cualidades del terapeuta, podemos trasladar algunos aspectos a la persona que investiga que considero muy consonantes con esta exposición teórica:

- Debe estar atenta a sus propios pre-juicios, valoraciones, etc.
- Debe escuchar con curiosidad y apertura, describir sin interpretar.
- Debe estar observar a todo lo que sucede sin jerarquizar.

A pesar de que estos postulados nos sean específicos de la literatura investigadora son extrapolables a una investigación de corte cualitativo.

Para realizar este trabajo de investigación vamos a estudiar el fenómeno del vínculo terapéutico en la hospitalización infantil y para ello vemos necesario hacer una revisión de la teoría en cuestión, con el fin de acercar al lector a la visión que se tiene al respecto y así favorecer la integración de las conclusiones que se llevan a cabo en la investigación.

Se ha guiado la investigación por una pregunta de investigación y unos objetivos de investigación que ayudan a la investigadora a delimitar el sentido de la misma.

Posteriormente, se describe el marco teórico experimental que ha guiado el proceso de planificación, observación, análisis e interpretación de datos y las estrategias de triangulación, así como la elaboración de las conclusiones.

Para concluir la investigación, se redacta un informe final con las conclusiones generales que se ha extraído en relación al marco teórico y al marco experimental.

### **3.2. Preguntas de investigación**

Teniendo en cuenta el tema de investigación se plantea la siguiente pregunta de investigación:

*“¿Qué elementos favorecen el vínculo arteterapéutico en sesiones de arteterapia con niños hospitalizados?”*

Con el fin de encontrar una guía para la investigación se añaden las siguientes preguntas como consecuencia de la anterior:

*¿Qué elementos han dificultado el vínculo en mi experiencia? ¿Qué elementos han podido suplir las posibles carencias? ¿Qué alternativas se han puesto en juego frente a la ausencia de vínculo arteterapéutico?*

### **3.3. Objetivos**

#### **3.3.1. Objetivo General**

El objetivo general de esta investigación es:

- Identificar elementos favorecedores del vínculo en arteterapia con niños hospitalizados.

#### **3.3.2. Objetivos Específicos**

- Identificar elementos desfavorecedores del vínculo en arteterapia médica.
- Clasificar los elementos en función del contexto institucional.
- Analizar los efectos de algunos elementos en función del contexto.

### **3.4. Estructura del trabajo**

El presente trabajo se estructura de la siguiente manera. Se hace una revisión bibliográfica de la teoría relacionada con el vínculo en Arteterapia debido al carácter específico que tiene este tipo de terapia. A continuación, se describe la complejidad que rodea a los niños en proceso de hospitalización y las diferencias que puede encontrar un arteterapeuta en función del tipo de ingreso, la patología o la prolongación de la estancia del paciente.



Posteriormente se define la cuestión metodológica que ha guiado la praxis de la investigación, definiendo la misma, así como el método y los instrumentos empleados por la investigadora.

Lo siguiente es el desarrollo de la experiencia y la presentación del ámbito de trabajo y los casos que han sido objeto de estudio para el tema de investigación.

Tras una conclusión y exposición del sistema de evaluación y triangulación de la experiencia de investigación se exponen las conclusiones de la experiencia.

Finalmente se presentan las conclusiones generales de la investigación que llevan a la investigadora a dejar abierta una posible investigación futura para abordar el tema de la cuestión vincular en la intervención desde el arteterapia en hospitales infantiles.

#### **4. MARCO TEÓRICO**

##### **4.1. Estado de la cuestión.**

Actualmente, existen investigaciones numerosas investigaciones que abordan la cuestión vincular en el ámbito terapéutico que han sido una referencia significativa para el desarrollo del presente trabajo de investigación. Así mismo, diversas investigaciones acerca del arteterapia en el contexto hospitalario aportan datos de interés y han sido una guía a la hora de abordar la práctica académica que ha significado el trabajo de campo previo a este ejercicio teórico. No obstante, investigaciones que se centren específicamente la cuestión del vínculo arteterapéutico en hospitales infantiles son menos frecuentes en fuentes divulgativas y por tanto no las he encontrado por el momento. El artículo de investigación del autor Günter, M. que pueden consultar en el apartado bibliografía digital, resultó de gran interés para la selección de este campo de investigación.

Resulta fundamental destacar la investigación de Teresa Pereira en 2004 sobre “Arte Terapia Y Hospitalización Infantil” centrada en la aplicación del arte dentro del contexto hospitalario infantil, con la intención de corroborar el beneficio que supone la inclusión de este servicio en el equipo multidisciplinar que atiende las necesidades de los niños hospitalizados. Así mismo, mencionar la Investigación de Laura Rico Caballo titulada “Arte Contemporáneo en Hospitales Infantiles” publicada en 2006. Investigaciones como la de la Doctora Rico son de gran valor para la práctica del

Arteterapia en hospitales sin embargo, los temas centrales de la investigación no se encuentran entre los de interés principal para abordar la problemática de esta investigación.

#### **4.2. El vínculo.**

Las operaciones madre-bebé pueden representarse como una danza sincronizada, un baile en el que hay un alto grado de compenetración entre los protagonistas y en el que es el bebé el que lleva, el que marca el ritmo, el que decide intensidades. Al menos en una primera etapa. (Abelló y Liberman, 2011: 83)

Para abordar la cuestión debemos primero definir el concepto de vínculo. El diccionario de María Moliner lo define como “ligadura, algo que une a otra cosa”. En psicología se entiende como “la vivencia corporal, psíquica e intelectual de la relación hacia otras personas”. Según Pichón Riviére es “la unión no material entre dos personas”. Desde la teoría analítica Freudiana se considera “sinónimo de relación objetal o compenetración afectiva” y Bowlby lo define como el “apego infantil hacia la madre”.

No debemos omitir mencionar la clasificación que este autor hizo sobre los estilos de apego entre madres e hijos por su trascendencia en la práctica e investigación de la clínica psicológica.

- Apego seguro: intimidad y confianza básica
- Apego preocupado: sentimiento de inadecuación personal, búsqueda de aprobación y valoración, confianza ciega.
- Apego temeroso: Miedo al rechazo, contacto impersonal. Desconfianza temerosa.
- Apego evitativo: Escepticismo sobre las relaciones, deseo de invulnerabilidad, falta de empatía y desconfianza distante.

Este aspecto fundamental de la relación de los seres humanos se materializa por primera vez cuando llegamos al mundo. En ese momento somos seres absolutamente indefensos y constituiremos un vínculo de apego con la figura que nos proporcione los cuidados necesarios para sobrevivir, en la mayoría de los casos será madre, en su defecto un *cuidador primario*.

Según la teoría de Donald Winnicott, el bebé necesitará de los cuidados que proporciona una *madre suficientemente buena* para constituir un Yo integrado. En la obra de Abelló y Liberman, 2011, encontramos la definición de este concepto y las funciones a las que esta figura se ajusta. Por tanto, “*buena*, remite a una madre que puede ofrecer a su bebé, en cantidades *suficientes* aquello que éste necesita” (p.82). Incluye la capacidad de comunicarse con él de una manera *suficientemente especial*, satisfacer sus necesidades y ofrecer un *sostén* por el sólo gusto de hacerlo.

Gracias a una relación afectiva del bebé con una madre suficientemente buena, encargada del cuidado, será posible un desarrollo físico o psíquico integrado. Este tipo de relación se caracteriza porque tanto en los cuidados corporales que atienden a las necesidades básicas del bebé como en los que son fruto del vínculo afectivo, representa una base a partir de la cual se construye por parte del niño una conciencia de personalización y unidad psique-soma.

La madre suficientemente buena (...) es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de este, adaptación que irá disminuyendo poco a poco según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración. (Winnicott en Bechdel, 2012: 61)

Para que el sujeto sienta que habita el cuerpo en el que vive, es necesaria una relación con la madre en la que el vínculo afectivo, en forma de caricias, miradas, etc. produzca a ambos una estimulación placentera. De esta manera, la persona adquiere la capacidad de dar y recibir placer y conciencia de que ese intercambio es legítimo. Si este proceso no tiene lugar, podría desencadenar un estado de despersonalización en el cual, la persona se llegaría a sentir extraña en su propio cuerpo.

Cuando las necesidades del bebé no son cubiertas, entonces se verá afectado el Yo o *self del bebé* y este se verá obligado a reaccionar a estos *ataques*. Cada vez que el bebé sienta que hay riesgo de aniquilación, el Yo habrá crecido en su capacidad de resistencia, que es opuesta a la de espontaneidad.

Esta actitud reactiva le impedirá relacionarse con otras personas de manera plena y disfrutar de su capacidad creadora. Winnicott consideró que lo primero que habría que restituir en un paciente de estas características sería su capacidad de juego y

para ello el paciente debería demostrar interés en su persona, proporcionar un encuadre ajustado y brindar el sostén necesario para permitir la descarga emocional.

Actualmente nadie pone en duda que los cuidados maternos, especialmente la sensibilidad maternal y la tolerancia a la ansiedad, favorecen la seguridad del apego. Algunos estudios han puesto de relieve la importancia de la sensibilidad maternal en niños con temperamento difícil, ya que ésta era esencial para que este grupo de niños pudiera desarrollar un patrón de apego seguro. (Fonagy y Mendiola, 2004).

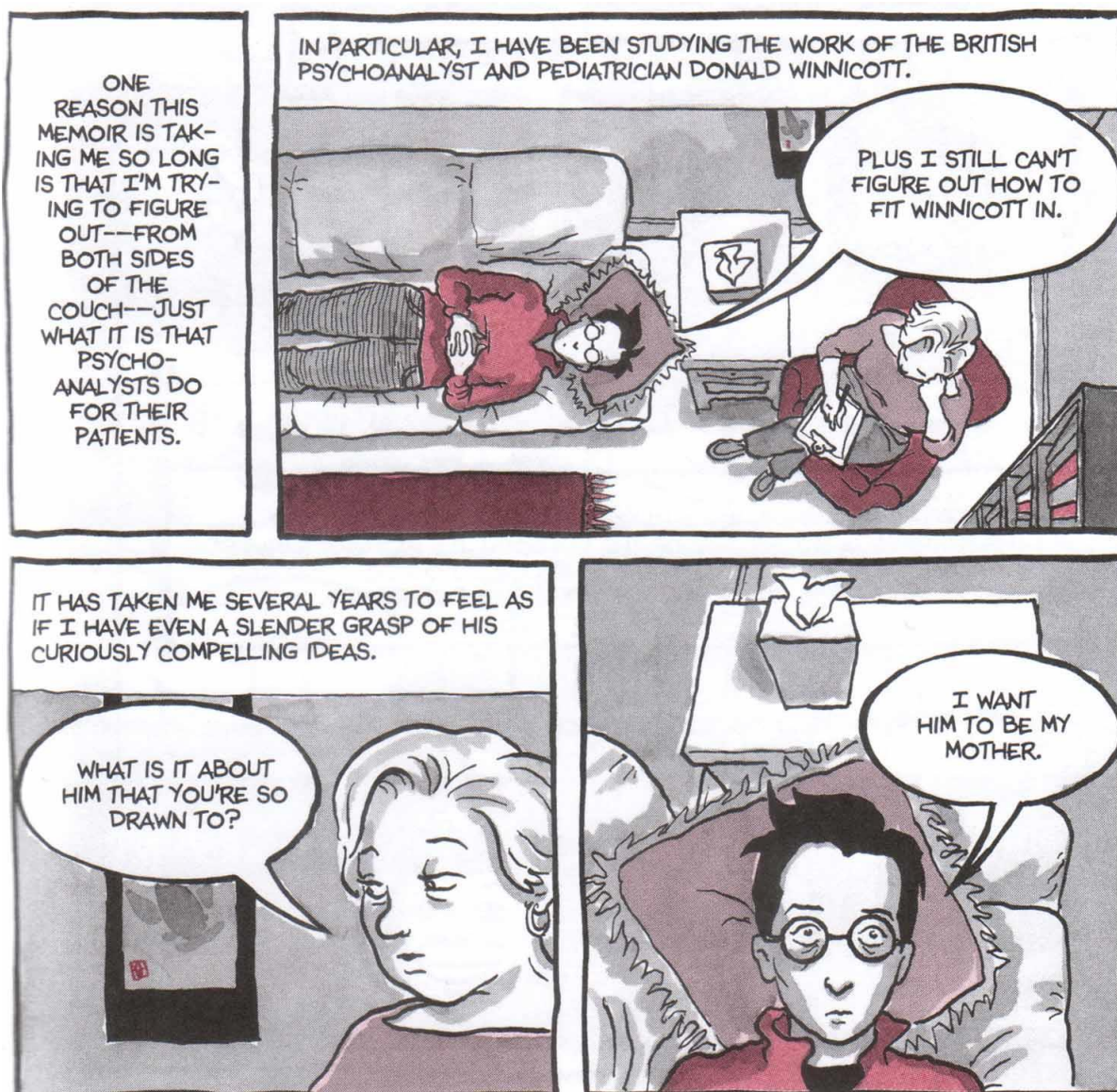


Figura 1 Extracto de la novela gráfica "¿Eres mi madre?" de Alison Bechdel

### 4.3. El vínculo terapéutico

“Es importante destacar que todo Vínculo con un objeto presente, está influido por las experiencias anteriores, que se han tenido con otros objetos. O sea que todo Vínculo está históricamente determinado”. (Pichón Riviére, 1982)

El vínculo constituye un elemento fundamental para el éxito de la terapia, como afirma Jiménez, hay un enorme cúmulo de evidencias empíricas y un creciente consenso clínico en que la calidad del vínculo terapéutico es un poderoso factor predictivo del resultado del tratamiento. Por ello, el tema central de mi investigación es este aspecto fundamental de la relación terapéutica.

En la práctica terapéutica, el terapeuta adopta el rol de cuidador que toda persona necesita en sus primeros años de vida, para que el paciente sea capaz de volver a experimentar sentimientos derivados de esta relación con sus congéneres. Podemos hablar de una experiencia regresiva que tiene lugar como fruto del establecimiento del vínculo terapéutico en un “espacio potencial” de contención (Winnicott, 1982) donde la persona tiene la posibilidad de resolver conflictos pasados o siendo menos ambiciosos, de ser consciente del estado psico-emocional en el que le sitúa el hecho de haber revivido o recordado ciertos aspectos de su biografía. A través de mecanismos como la transferencia<sup>1</sup>, el paciente podrá resolver conflictos que tienen su origen en la infancia más temprana.

Investigaciones como la de Sandell y colaboradores, nos orientan en la práctica terapéutica al demostrar que actitudes psicoanalíticas ortodoxas son contraproducentes, en la práctica de la psicoterapia, por “no dar mucho valor a la calidez, al relacionarse intensamente y hacer que el paciente sienta que uno se ocupa de él.” (Jiménez, 2005). En arteterapia, algunos principios de actuación provienen de la psicoterapia, la actitud del terapeuta es la propia del cuidador primario, ejerciendo el sostén de la relación en un encuadre bien estructurado que permite la descarga emocional del paciente.

No obstante, debemos tener en cuenta la importancia de que paciente y terapeuta colaboren en su relación ontogénica, ya que sin este elemento fundamental, el éxito de la terapia podría verse truncado. Como en un baile, la comunicación entre ambas

---

<sup>1</sup> La transferencia es la función mediante la cual un sujeto transfiere, de manera inconsciente, y revive, en sus vínculos nuevos, sus antiguos sentimientos. Estas emociones reaparecen en el presente tal y como las hemos imaginado o como fantasías del pasado. Se trata principalmente de un desplazamiento de una conducta emocional, en relación con un objeto infantil, especialmente los padres, a otro objeto u otra persona, especialmente el psicoanalista en el momento del tratamiento.

partes es fundamental, así como la mutua disposición y compenetración. La capacidad para comunicarse y aceptar la figura del otro y adaptarnos a ella, como la única estrategia posible. Diversos estudios en condiciones psicopatológicas singulares y situaciones terapéuticas variadas han mostrado que la conducta facial, especialmente la conducta facial afectiva de paciente y terapeuta, en sus aspectos interactivos, son indicadores del vínculo afectivo y predictores significativos de resultado terapéutico (Jiménez, 2005).

Según investigaciones llevadas a cabo por el grupo de estudios del proceso de cambio de Boston<sup>2</sup>, el efecto terapéutico del vínculo está en los procesos intersubjetivos e interactivos que dan lugar a lo que llaman *conocimiento relacional implícito*, esto es un “campo no simbólico, diferente del conocimiento declarativo, explícito, consciente o preconsciente, que se representa simbólicamente en un modo verbal o imaginario”. Las investigaciones sobre la situación terapéutica, han mostrado la relevancia de una atmósfera de contacto emocional entre terapeuta y paciente. Tales investigaciones sugieren una visión terapéutica espontánea, comprometida y, sobre todo, atenta emocionalmente a los sutiles movimientos afectivos y a los detalles de la conducta no verbal del paciente y, finalmente, capaz de interpretar a través de metáforas ricas en colorido afectivo. (Levin et al. en Jiménez, 2005)

Nos referiremos en este momento a las aportaciones teóricas de Daniel Stern y su propuesta acerca del entonamiento afectivo. El autor define este término como “la ejecución de conductas que expresan el carácter de un sentimiento afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta del estado interior”. (Stern, 1985:177) Esta dinámica comúnmente usada por las cuidadoras de bebés, puede ser utilizada por el terapeuta de modo contrario únicamente cuando existe vínculo con el paciente, nos referimos a practicar el desentonamiento afectivo con el paciente en con el fin de *ayudarle a crecer*, ya que emitiremos una respuesta novedosa disonante que obligará a la persona a generar una nueva estrategia relacional.

---

<sup>2</sup> Grupo de investigación al que se refiere Jiménez.

Debido a que la esencia de la psicoterapia y el arteterapia en particular, radica en la importancia de la individuación, la subjetivación a través de la escucha y de la presencia no invasiva pero activa en el espacio terapéutico, no aplicaremos una metodología de manera unidireccional, sino que atenderemos al caso particular aceptando todas las posibilidades por muy paradójicas que resulten, entonces, con mayor probabilidad nos acercaremos a su subjetividad.

#### **4.4. El vínculo en arteterapia**

Elementos propios de un espacio terapéutico junto a los específicos de cada terapia, determinan el tipo de vínculo que el paciente puede generar en su seno. Se consideran el vínculo como un factor dependiente de la relación arteterapéutica.

En el espacio del arteterapia podemos definir una serie de elementos inherentes a la práctica, que necesariamente tienen lugar independientemente del marco dónde ésta se desarrolle. Estos son: el encuadre, el terapeuta y la obra.

El encuadre o *setting* terapéutico, es un término que definió por primera vez Donald Winnicott, refiriéndose al espacio donde tiene lugar la terapia. En arteterapia diferenciamos encuadre interno del externo, siendo el externo el que hace referencia a las condiciones del espacio en las que se desarrolla la práctica y el interno la actitud del arteterapeuta respecto a la práctica. Es decir, su posición terapéutica.

En la práctica del arteterapia podemos identificar los siguientes elementos del encuadre:

- Externos: Están determinados en función de la institución, el área, la planta y la habitación donde se desarrolle la actividad. Son de importancia elementos como el horario, el lugar y la modalidad de trabajo, individual o grupal; los límites, la presencia de acompañantes o las interrupciones durante la sesión, duración, frecuencia e intervalo de las sesiones, la información sobre la actividad, el ambiente, la privacidad y confidencialidad, las técnicas, materiales y recursos artísticos.
- Internos: libertad de expresión, la actitud del terapeuta, el compromiso y el control del estrés. A los que añadiremos: miedo, evitación, agrado, distanciamiento, responsabilidad, escucha, respeto.

Otro elemento imprescindible es el terapeuta que desarrollará principalmente las funciones: proveer de un espacio simbólico seguro, encuadre, velar por su mantenimiento estableciendo límites, contener las emociones del paciente, facilitar el desarrollo del proceso artístico, distinguir los fenómenos transferenciales cuando sucedan, distinguir los factores patológicos de los no patológicos, promover el cambio, reflejar e interpretar contenidos inconscientes. Generar un espacio relacional suficientemente significativo como para servir como campo de juego, vehiculizar dinámicas de co-fluencia. Respetar y promover movimientos espontáneos del paciente/cliente.

Por último, es fundamental la relación que se da con la obra, constituyendo ésta un elemento en sí mismo con el que el paciente establece un vínculo. El proceso y el objeto artístico que se realiza en la terapia reúne una serie de particularidades no tiene finalidad estética, se utiliza como juego, paralelo a la actividad onírica, es una forma de comunicación no verbal, un elemento proyectivo y transferencial.

Este es un aspecto fundamental de la práctica del arteterapia ya que la posibilidad vincular es doblemente mayor que en otras prácticas. Así como el discurso terapéutico o las experiencias que puedan tener lugar en el encuadre quedan fijadas de manera intangible en la mente y el cuerpo de la persona. En el caso de la terapia desde el arte la experiencia queda fijada en forma de obra artística realizada por el paciente. Cuando este quiere recurrir a esa experiencia para favorecer su proceso de cambio, puede sostenerse en ambos elementos, el discurso terapéutico y la obra artística que de forma material, visual y tangible da testimonio del proceso llevado a cabo por el paciente en compañía del terapeuta. El potencial del arteterapia, entre otros muchos aspectos, reside fundamentalmente en este elemento triangular que posibilita un vínculo mucho más seguro al paciente.

El arte será una herramienta para acceder a la individualidad de manera directa pero no invasiva, el paciente, a medida que establezca un vínculo más sólido con el terapeuta verbalizará, afirmará y confiará las motivaciones de sus manifestaciones y expresiones.



El arteterapeuta se responsabiliza de las heridas que en su presencia se abren, no abandonando a la persona ante ese vacío que supone dejar salir el contenido del inconsciente. “La presencia del otro permite la búsqueda de la propia identidad, a través de su concreción, lo que emerge de la persona y a la vez le separa de ella, que permite una comunicación poética con el otro.” (Klein, J., 2006: 26)

Mediante la creación de un espacio terapéutico, se favorecerá la posibilidad de actuar la subjetividad para integrarla en la realidad objetiva con armonía y meditación. Nos referimos a la relación terapeuta-paciente en un tiempo y un espacio, fundamentalmente de carácter terciario, donde la expresión a través del arte será el modo de conectar dos subjetividades con el solo fin de hacerlas presentes y diferentes. Coexistirá la cercanía sin ser invasiva, la certeza de la presencia del otro como acompañante en una transición hacia la creación de nuestra experiencia propia, el amor incondicional como base del trabajo humano y de la generosidad.



Figura 2 Pintura de dedos. Foto de Cristina Ramos

#### **4.5. El niño hospitalizado**

Durante la carrera, Winnicott pasó tres meses ingresado en un hospital debido a una afección pulmonar. Esta vivencia reafirmará su convicción de que todo médico tiene que haber estado en un hospital como paciente por lo menos una vez en su vida (Abelló y Liberman, 2011: 32).

La actitud depresiva que describe Melanie Klein, sentimientos de ansiedad ante la idea de perder a un objeto amado, unidos a los sentimientos de culpa por desear destruir ese objeto, se podrían considerar equivalentes a los que un niño hospitalizado siente hacia la institución<sup>3</sup>.

A modo de revisión bibliográfica mencionaremos las investigaciones que se han hecho a este respecto desde hace casi un siglo. En 1915 se Pflaunder acuña el término “hospitalismo” para referirse al síndrome de deterior físico y mental progresivo que aparecía en los niños internos desde sus primeros días y que sólo podía atribuirse al trato impersonal y carente de estímulos afectivos y sociales que recibía un niño hospitalizado en esos tiempos. Lowrey lo relacionó con el cuadro clínico que referían los niños rechazados por sus familiares y en 1945 Spitz lo define como el efecto nocivo de la atención que se da en los hospitales a los infantes puestos a su cuidado a temprana edad.

Afortunadamente muchos cambios se han producido desde entonces y el más importante es el que garantiza a los niños el derecho de estar acompañado por sus padres el mayor tiempo posible durante su hospitalización. Sin embargo, muchos sentimientos ambiguos directamente relacionados con el carácter innato del hospital y las prácticas de la medicina occidental, se pueden identificar en los pacientes.

El hospital es un lugar donde te sientes seguro porque te proporcionan los cuidados y la estructura suficientemente buena para sostenerte en tu enfermedad; sin embargo, así como la madre que cuando no está, permite conectar con el hambre a su bebé y por tanto con la pulsión de muerte; en el hospital se conecta a menudo con el dolor y el sufrimiento a distintos niveles. Esta relación ambivalente hacia la institución genera en el niño una maduración precoz que le llevará a desarrollar procesos intrapsíquicos de gran complejidad.

El hospital actúa como útero para el niño, un ambiente facilitador que le proporciona el sostén que necesita y en ocasiones, una experiencia de omnipotencia similar a la

---

<sup>3</sup> El caso de Marta nos ayuda a comprender esta posición.

del bebé en sus primeras fases de desarrollo en relación a los objetos subjetivos. La base de la satisfacción instintiva y de las relaciones objetales es la manipulación, el éxito del cuidado materno, constituye la base de la fuerza del yo, mientras que el resultado de cada fracaso en dicho cuidado consiste en un debilitamiento del yo.

La sensación de fracaso, surge como consecuencia del dolor y del sufrimiento, lo cual ocurre a menudo durante una hospitalización. El niño es consciente de su debilidad en un entorno que le proporciona todo lo necesario pero donde, sin embargo, es absolutamente dependiente.

Las relaciones que el niño establece con los profesionales del hospital están teñidas de gran complejidad. Las personas que le atienden le producen goce a la vez que sufrimiento y por ello pueden desarrollar mecanismos de defensa proyectivos sobre estos objetos externos, con el fin de aliviar la ansiedad que conlleva la idea de ser destruidos.

Las consecuencias de la hospitalización y por consiguiente, de la privación de su realidad cotidiana, su hogar y su familia, su escuela y sus amigos, pueden ser el aislamiento social o la falta de habilidades sociales, así como el sentimiento de desarraigo y no pertenencia a la familia.

Según Golden las principales fuentes de estrés en pacientes pediátricos son las siguientes:

- Separación de los padres y cuidadores debido a la hospitalización.
- Pérdida de independencia y control derivada de la enfermedad y la hospitalización.
- Miedo y ansiedad acerca del dolor o del daño que pueden causar los procedimientos médicos, preocupación sobre la muerte.

(Malchiodi, 1999:15)

Desgraciadamente la ansiedad como consecuencia de una enfermedad se produce en la mayoría de los casos en pacientes infantiles hospitalizados. Los niños pequeños exhiben mayor angustia emocional que los de más edad (Malchiodi<sup>4</sup>, 1999:15). Diferentes motivos la sustentan, en los pacientes de menor edad, el hecho

---

<sup>4</sup> Traducción de la autora.

de poder ser abandonados por sus padres les aterroriza y a los mayores, son el dolor, los tratamientos y la pérdida de independencia algunas de las principales causas (Gata, 2004).

En el caso de los niños esta situación genera aún más complicaciones, pues el dominio gradual de sus funciones corporales, tales como ir al baño o comer de manera independiente, marca importantes etapas en el desarrollo del Yo, así como avances en el desprendimiento de su cuerpo con respecto del de su madre. En estas condiciones, el niño puede presentar regresión, ansiedad y tensión, con consecuencias a corto plazo que van del miedo y desesperación a la resignación (...) (Donovan, 1988, en Flores<sup>5</sup>).

Los niños buscan la complicidad con sus padres y las enfermeras que les atienden, a menudo expresan su necesidad de cuidado y apoyo lo cual reducirá sus miedos. No obstante, incluso en estas condiciones, evitan expresar sus constantes preocupaciones tanto a sus padres como a los profesionales del hospital. Generalmente, reservan sus sentimientos de miedo a la muerte o a posibles consecuencias de la enfermedad, sentimientos de rabia o desesperación que a menudo se sitúan en un nivel preconsciente (Günter, 2000).

Debido a estas consecuencias derivadas de la hospitalización, el temperamento de los niños, en ocasiones, se torna difícil y es aquí cuando la sensibilidad del arteterapeuta tiene que servir para restituir esa herida vincular. El niño, que ha sido despojado de su ambiente doméstico y familiar, se siente un vacío afectivo, la ambivalencia sentimental hacia el contexto le lleva a una situación de inseguridad que el terapeuta debe tratar de abordar. Proporcionar una sensación de sostén y cuidado, desde la comprensión de los sentimientos y desde el acercamiento emocional favorecerá la relación vincular.

#### **4.6. Arteterapia con niños hospitalizados**

En este apartado queremos introducir el concepto de Arteterapia médica, definido por Cathy Malchiodi como “el uso de la expresión artística e imágenes con individuos enfermos que estén experimentando un trauma físico o atravesando un tratamiento médico agresivo como la cirugía o la quimioterapia”.

Concretamente, la práctica del arteterapia se ha desarrollado comúnmente el ámbito hospitalario, sin por ello estar este contexto provisto de todas las condiciones

---

<sup>5</sup> Referencia en bibliografía digital.

administrativas y estructurales que favorecerían una buena praxis. Nos referimos a los elementos centrales que vamos a abordar, como son el encuadre externo así como la posibilidad de establecer una alianza terapéutica, debido a las limitaciones para generar vínculo terapéutico entre paciente y arteterapeuta. Se considera de vital importancia facilitar el acceso a este servicio a los pacientes más jóvenes y por ello analizamos algunos de los motivos que lo fundamentan en casos concretos de enfermedades graves y las circunstancias que las rodean.

A pesar de que el arteterapia tiene su origen en diversas experiencias con pacientes adultos hospitalizados, reconocemos la importancia de la pedagogía hospitalaria al ser de vital importancia su existencia para el desarrollo del arteterapia en el contexto pediátrico ya que permitió el reconocimiento de los derechos de los niños hospitalizados, favoreciendo su acceso a mayor número de programas que tienen como objetivo la reducción de los efectos negativos de la hospitalización en los niños, objetivo que comparte con el Arteterapia.

Es por ello fundamental mencionar documentos como la Carta Europea de los niños hospitalizados (European Parliament, 1986) en la que se proclaman 23 derechos fundamentales. Mencionamos solamente los relativos a la actividad terapéutica que garantizan el derecho a rechazar ser objeto de tratamiento o procedimientos no terapéuticos o inútiles, proseguir en la medida de lo posible con las actividades propias de su edad, tener el apoyo de los familiares o de otras personas de su entorno y recibir todos los cuidados necesarios.

El objetivo fundamental de arteterapia en Pediatría es cuidar la calidad de vida de los niños y conseguir de ellos la mejor adaptación, comprensión de la situación y estado anímico.(Rico, en López y Martínez, 2009:26) La meta es que el paciente sufra menos y disfrute más, o al menos se sienta escuchado, comprendido y acompañado en su dolor. El propósito del hospital no es hacer terapia propiamente dicha, sino acompañar a los niños y adolescentes en un proceso que puede ser doloroso y en el que no tienen prácticamente capacidad de decidir (Alba, en López y Martínez, 2009: 41,48).

Desde el arteterapia se entiende como fundamental que se contemplen además las necesidades de tipo psicológico y afectivo, así como la expresión de emociones, el apoyo terapéutico personalizado, el acceso a espacios específicamente lúdicos y

creativos, y el beneficio por medio de tratamientos artísticos que mejoren se estancia en el hospital y su recuperación física y mental. La tarea del arteterapeuta es asegurar un ambiente cómodo y seguro en el que el paciente pueda sentirse lo suficientemente relajado para usar los materiales artísticos y expresarse espontáneamente. Atendiendo a la comunicación directa e indirecta, el arteterapeuta trabajará hacia el conocimiento, comprensión y resolución de las cuestiones de mayor importancia<sup>6</sup> (Wood, 1998:7).

El niño necesita abrir su mente hacia todo aquello que se encuentre lejos de su enfermedad. (Polaino y del Pozo en Polaino Y González, 1990: 152) Es aquí donde el arteterapia y la educación artística tienen un lugar esencial ya que acerca al niño al universo de la creación que abrirá un nuevo capítulo en su historia del ingreso hospitalario.

El niño que tiene la capacidad de crear y jugar, pero está inhibido por el contexto, necesita de un adulto que le proporcione el sostén y la seguridad necesaria para enfrentarse a las reacciones que desencadena este proceso, como pueden ser la frustración, la sensación de incapacidad o la desvalorización. El encuadre del arteterapia, libre de juicios de valor e interpretación, permite que el niño conecte con su ser nuevamente permitiendo esa diferenciación de él respecto de la obra gracias a la presencia del terapeuta que le da constancia de sí mismo.

La complejidad de la situación puede tener necesidades específicas añadidas, no obstante, las circunstancias que a menudo rodean al niño y a sus familias darán sentido a una práctica en la que principal cometido es atender las necesidades afectivas y emocionales del paciente. Su prioridad es vivenciar su realidad, contemplarla, situarse en ella, explorarla. La importancia de expresar sus sentimientos, miedos, etc., es vital y gracias al arte, puede hacerlo de manera más o menos consciente hasta estar preparado para abordar las cuestiones que le preocupan. Como arteterapeutas nuestra principal motivación será brindar al paciente un espacio donde pueda crear a partir de la más acusada subjetividad, ya que permitirá dar forma a los aspectos menos accesibles o asumibles de su realidad personal.

---

<sup>6</sup> Traducción de la autora.

Nuestro papel como arteterapeutas será el de permitir el acceso al contenido inconsciente que en ocasiones hay que liberar como la única manera de adquirir conciencia sobre nuestros sentimientos, deseos y emociones. El arteterapia ayuda a los niños a permitirse la expresión de todo lo contenido, actuarlo y transformarlo en un espacio donde el respeto a la individualidad, a la subjetividad del paciente, a su disposición y preparación será fundamental.

Favoreceremos un espacio y una relación donde el respeto a la individualidad, a la subjetividad del paciente, a su disposición y preparación será fundamental. El desarrollo de la expresión a través de los medios artísticos, mejorará considerablemente la estancia del paciente y su experiencia de hospitalización.

Como consecuencia del acto de crear en sí, la persona se ve inmersa en un proyecto que implica encontrar soluciones a conflictos, tomar decisiones, o buscar alternativas ante situaciones aparentemente estáticas o difíciles de abordar (López, 2006). Específicamente en el caso de un paciente niño hospitalizado, donde sentimientos negativos como el miedo o la soledad son más comunes de lo deseable, el poder beneficiarse de la práctica arteterapéutica, le ayuda a descentrarse del hecho concreto de la hospitalización y a buscar otra solución a la problemática asociada<sup>7</sup>.

Debemos ser conscientes de la situación personal y médica de cada paciente para que los mensajes que surjan de la terapia no sean contradictorios a los de los médicos. El trabajo del arteterapeuta en el hospital se deberá ajustar al contexto donde se realiza siendo este un encuadre notablemente diferente al de la práctica más deseable. Las posibles interrupciones de la sesión por motivos médicos, familiares o propios de la enfermedad pueden obligarnos a adaptar nuestras sesiones a esas circunstancias tan específicas. Medidas sencillas como la elección de un horario ajustado a la rutina hospitalaria pueden mejorar notablemente la práctica. La creación de espacios destinados a la terapia, en el caso de los pacientes que pueden desplazarse dentro del hospital o la difusión de la información necesaria a los agentes que intervienen en el ámbito hospitalario, también será variables beneficiosas para una mejora de nuestra praxis.

---

<sup>7</sup> El caso de Alejandro que se presenta en el apartado 4 ilustra muy bien este aspecto.

Es por ello fundamental que la relación interprofesional esté basada en el respeto mutuo y la confianza, así como la comunicación y colaboración entre profesionales (Rico, 2009: 26). A menudo, esta posibilidad no es real ya que la no institucionalización de la práctica y el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios impide que este trabajo se realice. Los motivos que llevan a esta falta de armonía y comunicación son de carácter ético, ya que es una máxima respetar la intimidad del paciente y por ello la revelación de datos médicos no es una práctica común hacia otro tipo de personal no directamente vinculado con el hospital. Este aspecto es primordial a la hora de diferenciar una práctica profesional de una académica.

Por tanto, ya que el marco no siempre está preparado para recibirnos, nuestro principal objetivo será generar en las personas una sensación de confianza hacia todos los elementos que rodean la práctica del arteterapia, los materiales, el espacio y el terapeuta, para favorecer un acercamiento al ejercicio de la práctica artística con todos los beneficios que ello conlleva, algunos ya mencionados y otros que comentaremos más adelante.

Observamos, que los modos de trabajo en arteterapia son muy diversos, dependen básicamente del ámbito en el que se desarrolla la actividad, el contexto o los destinatarios y específicamente, de la línea terapéutica, las posturas teóricas del terapeuta, los objetivos terapéuticos, etc. Así mismo, el material es una variable fundamental en la práctica del arteterapia dependiendo su elección del tipo de cliente con el que vamos a trabajar, ya que cada uno tiene unas propiedades terapéuticas específicas asociadas. No obstante, es de gran interés dejar la elección en manos del paciente ya que dependiendo de sus necesidades y preferencias elegirá los materiales con los que se sienta más cómodo para trabajar, lo cual favorecerá una producción artística más personal y por tanto un desarrollo de la práctica más satisfactorio.

A menudo, las sesiones de arteterapia se llevan a cabo de manera grupal, siendo el criterio de agrupamiento el común padecimiento de alguna enfermedad física o mental, así como de experiencias de vida similares o simplemente por pertenecer a un grupo étnico, generacional o que comparte intereses comunes. En el caso de la terapia grupal, es de gran interés, como en otro tipo de dinámicas grupales,



favorecer la cohesión entre los miembros del grupo así como la relación de cada individualidad con el arteterapeuta. No obstante es muy común trabajar en servicio *cama a cama*, lo que se refiere a la actividad de ir de una cama a otra en las distintas habitaciones para trabajar con los pacientes que tienen que estar encamados (Alba en López y Martínez, 2009: 39)

Dependiendo de la corriente teórica en la que se sitúe el terapeuta el discurso podrá variar relativamente, pudiendo diferenciar entre grados de intervención, el estilo directivo o no del terapeuta o su orientación teórica. Todo ello afectará a los objetivos que persiga el taller así como a los fines o la metodología que de ponga en acto, siendo esta decisiva a la hora de favorecer la relación entre paciente y arteterapeuta. No obstante, deberá ser común a todos ellos, al menos, la mejora del paciente a nivel psicosocial al finalizar la terapia.

#### **4.7. Conclusiones del marco teórico**

Las conclusiones que queremos extraer de este bloque de la investigación hacen referencia a la importancia que tiene el estilo de apego del paciente con su cuidador primario. La relación que hubiera entre ambos en la etapa temprana del desarrollo determinará su capacidad vincular con otros cuidadores en el futuro.

Concretamente, en el ámbito hospitalario el estado emocional del niño y por tanto su capacidad vincular pueden verse afectados por las condiciones institucionales y personales que vive el paciente. Por ello debemos ser especialmente cautos en este contexto a la hora de ejercer la labor terapéutica. Por ello, ejerceremos las funciones propias del arteterapeuta garantizando un encuadre terapéutico apropiado y un sostén suficientemente bueno.

Afortunadamente el Arteterapia presenta unas posibilidades vinculares mayores que otro tipo de terapias, que residen directamente en la producción artística que genera la terapia, algo que ayudará al paciente a establecer una implicación personal mucho más potente que con otras terapias. Como consecuencia, priorizaremos la importancia de crear un espacio de confianza donde el paciente pueda actuar los mecanismos inconscientes que le permitirán ser consciente de sus emociones y expresarlas a través del arte.

Para ello será fundamental adaptarse al contexto hospitalario, con las peculiaridades y exigencias del mismo, abogando siempre por la colaboración con el personal sanitario y la mejora de la salud física y emocional del paciente.

## **5. MARCO EXPERIMENTAL**

### **5.1. Metodología del marco experimental**

El presente trabajo sigue el método de estudio de casos. Tomaremos como referencia la teoría y práctica que ha desarrollado Rober Stake en su experiencia de investigación, quien afirma que el “estudio de casos es el estudio de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes”. Estudiamos un caso cuando tiene interés en sí mismo. La investigadora y el investigador cualitativo, destacan las diferencias sutiles, la secuencia de los acontecimientos en su contexto, la globalidad de las situaciones personales. (Stake, 1998, párr.2) Después de haber asistido a cerca de 40 pacientes durante el período de prácticas, es difícil seleccionar a penas 4 o 5 casos como nos aconseja el método. Según Stake, daremos relevancia a un caso no porque podamos aprender de otros casos sino porque queremos aprender de ese caso intrínseco, cuanto más intrínseco sea el interés de un caso, más deberemos discernir y centrarnos en los temas específicos del caso.

El objetivo primordial de un estudio de caso es comprender el caso. A la hora de seleccionar un caso el equilibrio y la variedad son importantes pero más las oportunidades de aprendizaje. El primer criterio debe ser la máxima rentabilidad de aquello que aprendemos.

La función de quien investiga, en el proceso de recogida de datos, es mantener con claridad una interpretación fundamentada. Sacaremos conclusiones a partir de nuestras observaciones y de otros datos.

Para guiar la investigación formularemos una pregunta de investigación y preguntas informativas, que nos permitirán describir los aspectos más importantes del caso.

Según Stake, es recomendable elaborar instrumentos de observación para guiar la recogida de datos que se hace en este proceso. En esta investigación la observación se hizo desde una posición muy activa como terapeuta por lo que el trabajo de recogida de datos se realizaba a posteriori. Disponía de un *Formulario de*

*Registro*<sup>8</sup> de las sesiones que cumplimentaba después de cada intervención, recogiendo datos de índole cualitativa siguiendo de distintos indicadores de observación. También disponía de un *Diario de Campo* donde tomaba anotaciones sin una guía específica salvo aquello que había captado mi atención o me interesaba resaltar. Así mismo a lo largo del proceso de investigación he podido recurrir a diversos informantes que me han aportado datos sobre los casos.

En la exposición de cada caso resalto los elementos que tras el análisis de los datos, considero favorecedores, desfavorecedores o sustitutos del vínculo. Estos indicadores se presentan al final de cada caso a modo de conclusión.

## **5.2. Desarrollo de la experiencia**

La experiencia que he desarrollado ha tenido lugar en tres hospitales de la Comunidad de Madrid, en los cuales, las condiciones de intervención distaban considerablemente unas de otras lo cual me ha permitido analizar los beneficios de que cada uno ha reportado a los distintos elementos que quiero analizar.

Para empezar, describiré brevemente cada espacio de intervención y la institución a la que pertenece. La presentación la haré por orden cronológico, es decir, del primero hospital en el que intervine al último, 12 de Octubre, La Paz. Ramón y Cajal.

### **5.2.1. Hospital 12 de Octubre y la Fundación Menudos Corazones.**

La labor que realiza la Fundación en este hospital es muy valorada y reconocida por los familiares y el personal sanitario lo cual ha favorecido nuestra percepción por parte de los mismos, agilizando las relaciones y facilitando la práctica significativamente.

En este hospital hemos intervenido dos arteterapeutas en la planta de Pediatría y en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (a partir de ahora UCIP). Cada ámbito presenta peculiaridades que afectan directamente a la posibilidad de establecer un vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia, por ello vamos a analizarlos.

---

<sup>8</sup> Ver anexo 2.

Resulta de interés señalar el modo de proceder en cada hospital con el fin de acercar al lector a la realidad que aquí se presenta, por ello presento un extracto de la Memoria que realicé tras mi experiencia en el Prácticum.

La actividad que desempeñé en el 12 de Octubre, se inició el 17 de Octubre de 2013 y finalizó el 3 de Abril de 2014. Tenía lugar en la planta 1º de pediatría y en la UCI pediátrica del hospital Materno-Infantil. La actuación en uno u otro lugar dependía de la existencia o no de pacientes susceptibles de recibir el servicio de Arteterapia.

Acudíamos al hospital a las cuatro de la tarde y nos reuníamos con las psicólogas y con la educadora social, Elena Rodríguez Roncero, en la sala de reuniones de la 1ª planta de pediatría. La fundación nos proporcionó unos *identificadores* en los que aparece su logo, el logo de la UCM, nuestro nombre y nuestro rol: arteterapeuta (...).

Las psicólogas de la organización se turnaban mensualmente la asistencia a cada hospital de modo que cada mes alternativamente una de las dos tutoras estaba presente para asesorarnos, organizarnos y facilitarnos el trabajo. Ellas se encargaban de hablar con el personal de enfermería quien proporcionaba el listado de los pacientes ingresados en la planta, en este listado aparecía: el número de habitación, el nombre, la edad, el motivo de ingreso, el tipo de dieta y el sexo del paciente. Esta información era de gran ayuda ya que nos permitía discriminar con facilidad los pacientes a los que podíamos atender sin tener que visitarlos uno por uno en sus habitaciones.

Cuando sabíamos que había pacientes con los que podíamos trabajar porque tenían al menos 4 años de edad, íbamos en busca del material a un pequeño cuarto que estaba en la misma planta, en el que había unas taquillas para el personal sanitario y un pequeño espacio donde dejábamos la bolsa del material de arteterapia.

Esta bolsa nos la proporcionó la fundación y fue la que habían utilizado el año anterior las alumnas de prácticas de arteterapia. El material que nos ofrecieron había sido elegido por nuestras compañeras y se nos brindó la posibilidad de incluir aquello que echásemos en falta y considerásemos necesario para nuestra labor.

Nos desplazábamos con ella hasta la sala de reuniones y una vez analizada la información, íbamos a cada habitación ofreciendo la posibilidad de recibir el servicio de arteterapia. En caso afirmativo íbamos en busca del material, realizábamos el *lavado de manos* y comenzábamos la labor en las habitaciones.

Las sesiones se esperaba que fueran de una hora para poder acudir después a la UCI en caso de que hubiera algún paciente interesado en la actividad o a quién hubieran considerado las psicólogas que podría serle beneficiosa. Sin embargo, como no siempre había pacientes en la UCI las sesiones a menudo duraban 1h y media.

En ocasiones, acudíamos a la UCI en primero lugar para poder organizar la actividad o porque no había pacientes en la planta. También, porque sabíamos de algún niño o niña, miembro de la fundación, a quién se quería atender prioritariamente.

El trabajo en la UCI requería tomar medidas higiénicas especiales, realizábamos un *lavado de manos* en la puerta de la UCI, nos poníamos una bata y entrábamos directamente con el material. Por indicación médica, ciertos materiales estaban desaconsejados en la UCI, debido a su dificultad para limpiarlos y por tanto no los incluíamos en la bolsa.

Una vez dentro, preguntábamos a alguna enfermera si había algún paciente a quién pudiera beneficiarle la actividad o simplemente recorríamos la UCI en busca del paciente. Trabajábamos con los pacientes que aceptaban la propuesta en el box correspondiente. Allí los pacientes disponen de una mesa auxiliar que podíamos utilizar de apoyo y un sillón junto a la cama.

Normalmente, había al menos un paciente al que atender, cuando sólo había uno acudíamos las dos arteterapeutas ejerciendo el rol de arteterapeuta y observadora, en caso de que hubiera más pacientes, nos separábamos para poder atenderlos a todos.

Es necesario destacar dos elementos de este texto que ha resultado de gran importancia a la hora de relacionarnos con los pacientes.

- ❖ Identificadores.
- ❖ Listado de pacientes.
- ❖ Presencia de las tutoras.

#### **5.2.1.1. La planta de Pediatría**

En la planta de pediatría el servicio de Arteterapia se presta en las habitaciones de manera individual, *cama a cama*. Esta modalidad de intervención presenta ciertas ventajas y algunos inconvenientes. Vamos a elaborar un listado de elementos que se pueden dar en este contexto para posteriormente analizarlos.

- ❖ Habitaciones dobles.
- ❖ Constantes interrupciones.
- ❖ Presencia de familiares o acompañantes.

#### **5.2.1.2. La UCIP**



Figura 3 El trabajo en la UCIP. Foto de Jon Asín.

En este contexto las intervenciones las realizábamos, en la mayoría de los casos, en los box de la UCIP, estos son individuales y cuentan con unos muros que los separan entre sí. También realizamos sesiones en las habitaciones del fondo donde se puede encontrar una cama por habitación o dos cunas.

Los elementos específicos que vamos a encontrar en este espacio son:

- ❖ Personal sanitario.
- ❖ Medidas higiénicas.
- ❖ Salud delicada del paciente.

Vamos a analizar los elementos destacados en función de su capacidad para afectar el vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia.

#### ❖ **Habitación doble.**

La presencia de un compañero de habitación puede ser positiva cuando su presencia no distorsiona la sesión. En ocasiones no es el paciente sino sus familiares o acompañantes quienes interrumpen o impiden que la sesión se desarrolle de una manera deseable. Para evitarlo, Es necesario explicar a todas las personas que están en la habitación en qué consiste la labor para que ellos puedan adaptarse en la medida de lo posible si es su voluntad. No sólo explicaremos a los

familiares o acompañantes de nuestro paciente sino también a los del compañero o compañera de cama.

Para ello resulta fundamental llevar siempre una *identificación* así como *información* sobre la actividad a modo de folleto.

### ❖ **Interrupciones.**

Inevitablemente se dan numerosas interrupciones durante las sesiones. Estas pueden ser positivas si se saben aprovechar, es decir si generan en el paciente una reacción que nos permita abordar directamente: nerviosismo, irritación, desconexión, desmotivación, etc. Cuando algo así ocurre tenemos la oportunidad de abordar esta problemática directamente con el paciente y hacer un trabajo de mayor profundidad. Si la interrupción es causa de desconexión o desmotivación entonces deberemos reajustar la actividad, es decir redefinir el encuadre. Recordad al paciente el ánimo de la actividad y la propuesta que estábamos realizando. O bien, indagar para ver si el paciente tiene la necesidad de expresar los sentimientos que esa interrupción le ha producido. Esto es de gran importancia ya que en un hospital, necesariamente, estas interrupciones forman parte del día a día.

No obstante, otro elemento a tener en cuenta en estos casos son los carteles informativos. Carteles que informen sobre en qué consiste la actividad y el horario en que se realiza, colocados en los pasillos y paneles de anuncios de la planta donde las familias puedan conocer la actividad. Se pueden acompañar de un listado de interesados donde pueden especificar el número de la habitación y la edad del paciente.

### ❖ **Presencia de acompañantes.**

A este respecto hay mucha literatura de interés que no debemos ignorar, por ello debo mencionar el texto de Javier Alba sobre el trabajo en Hospitales infantiles, en el que analiza las ventajas e inconvenientes de la presencia de familiares o acompañantes en las sesiones de arteterapia.

Personalmente, considero que factores como la edad, autonomía o dominio del idioma del paciente pueden ser decisivos a la hora de preferir la presencia de un familiar en la habitación. Sin embargo, estas condiciones no son excluyentes y

dependiendo de las circunstancias y habilidad del arteterapeuta el paciente se podrá beneficiar de ambas posibilidades.

#### ❖ **Presencia del personal sanitario.**

Principalmente es en la UCIP donde la presencia del personal sanitario es una constante que necesariamente repercute en la relación terapeuta-paciente, a menudo, de manera positiva ya que en la mayoría de situaciones el personal sanitario ejerce una función intermediaria muy favorecedora para la relación terapéutica. Sin embargo, es importante diferenciarse de ellos ya que el niño asocia su figura a intervenciones médicas, curas, etc. que frecuentemente son dolorosas o molestas. Ya que uno de nuestros objetivos es que se relajen y puedan conectar con su inconsciente de una manera poco invasiva, debemos informarles de nuestra manera de trabajar y garantizarles que no vamos a causarles ningún daño, al menos de una forma esencial.

Para evitar esta posibilidad tan desagradable, siempre nos interesaremos por el estado físico del paciente en el momento de nuestra intervención, preguntarles si tienen algún dolor o molestia o en qué lado de la cama prefieren que nos situemos puede mejorar considerablemente nuestra práctica ya que evitaremos cualquier movimiento o práctica que pueda generarles más molestia y daremos protagonismo al lado en el que se sientan más cómodos.

#### ❖ **Medidas higiénicas.**

Es fundamental en el trabajo con niños hospitalizados respetar las medidas higiénicas con el fin de favorecer el proceso de recuperación y su bienestar. Tanto ellos como sus familiares han sido fuertemente concienciados de la importancia de este aspecto por lo que el hecho de que sea respetado por el arteterapeuta que se relacionan con ellos favorecerá el vínculo terapéutico.

Debemos estar debidamente informados de las medidas higiénicas que hay que tener con cada paciente, revisar los materiales y desechar aquellos que no nos inspiran confianza como pueden ser: materiales textiles, derivados como la goma Eva, lanas y en general, todos aquellos materiales que no se pueden desinfectar adecuadamente.



### ❖ **Salud del paciente.**

Este aspecto es imprescindible ya que dependiendo del estado de salud del paciente debemos valorar, con ayuda del personal sanitario si nuestra presencia es conveniente así como saber calibrar cuando ha sido suficiente. Tenemos que puntualizar al paciente que cuando se sienta cansado o molesto nos debe avisar para que finalicemos la sesión y pueda descansar o avisemos a una enfermera si es necesario. Por lo general ellos lo hacen pero si les damos la seguridad lo harán en el momento en que lo sientan y no cuando ya no puedan más, lo cual sería un inconveniente para su pronta mejoría.

#### **5.2.2. Hospital La Paz.**

La actuación en este hospital tuvo lugar en varias plantas, la planta baja en la sala de hemodiálisis (HD), y en la UCIP; la planta 1º en la unidad de cardiología, en la planta 3ª de pediatría y en la 7ª de trasplantes.

Pocos elementos puedo añadir que no haya mencionado específicos a estos ámbitos, sin embargo, hay elementos esenciales directamente relacionados con la institución y su concepción del arteterapia.

La profesionalización que se ha querido alcanzar desde nuestra disciplina en este hospital es de vital importancia para que los siguientes elementos estén necesariamente presentes en la práctica que realizamos en el hospital como arteterapeutas.

Como he hecho en el caso anterior, voy a incluir un extracto de mi Memoria de prácticas para ilustrar el modo de trabajo que aquí seguíamos.

El equipo de trabajo de arteterapia lo componíamos cuatro estudiantes del Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social de la UCM-UAM y nos hemos coordinado y hemos sido orientadas y tuteladas por el personal sanitario del Hospital Universitario La Paz.

Las cuatro Arteterapeutas practicantes son Henar Cruz, Ana Gandía, Raquel Seara y Cristina Ramos, hemos trabajado de manera individual o grupal. Todas hemos llevado nuestra *bata rosa* en cada sesión como distinción del servicio de arteterapia.

En el caso del trabajo en grupo se han rotado los roles de arteterapeuta, ayudante y observador en sesiones individuales y grupales.

Con respecto a la organización del trabajo o el pautado de las sesiones con frecuencia y principalmente al inicio de las prácticas, realizamos sesiones individuales a las que acudíamos dos estudiantes a actuar como arteterapeuta u observador de manera alterna. En las sesiones de los sábados en el área de hemodiálisis al comienzo de las prácticas acudíamos tres arteterapeutas que actuábamos de manera simultánea. Más adelante, modificamos el estilo de intervención y asignamos un arteterapeuta responsable de la sesión y dos ayudantes-observadoras.

La arteterapeuta tenía el papel principal en la sesión y actuaba de la siguiente manera. Llamaba a la puerta de la habitación del paciente y entraba junto con la observadora. Una vez dentro se presentaba junto a la observadora e *informaba* del servicio de arteterapia tanto a los acompañantes como al paciente poniendo en foco en unos o en otro en función de la edad del paciente, el conocimiento del idioma o su disposición. En el caso de aceptar recibir la sesión volvía a informar al paciente y a los familiares de cuestiones prácticas como el tiempo de duración de la sesión o si debían o no permanecer en la habitación durante la misma. A continuación, personalmente me dirigía exclusivamente al paciente para informarle de que era una actividad totalmente voluntaria y que en el momento en que deseara que la sesión terminara podía expresarlo.

De esa manera establecía el vínculo con el paciente y le presentaba la actividad. Durante la sesión era quien respondía a los comentarios del paciente o hacía preguntas y propuestas, así como el cierre de la sesión.

La observadora se presentaba al entrar en la habitación y explicaba que su papel iba a ser el de observar la sesión y apoyar a la arteterapeuta en caso de que fuese necesario, también podía añadir su visión del arteterapia en el momento de la presentación y hacer observaciones y comentarios si el paciente o el arteterapeuta se lo sugería o si lo veía conveniente. En el cierre de la sesión apoyaba al arteterapeuta y al paciente para la despedida.

El rol de ayudante consistía en facilitar material y asistencia a los participantes en las sesiones grupales.

A menudo, el ayudante y el observador ejercían de terapeuta de manera individual en las sesiones grupales ya que era imposible que el arteterapeuta responsable de la actividad pudiera atender a todos los participantes.

Los pacientes han sido derivados al servicio de arteterapia a través de María Román, quien organiza y distribuye el servicio y ejerce de mediadora entre el personal de enfermería de cada planta y los voluntarios y arteterapeutas en prácticas.

El personal de enfermería realiza una valoración de los pacientes más indicados para recibir el servicio de arteterapia debido a distintos indicadores: tiempo de ingreso en el hospital, grado de afectación de las funciones cognitivas, necesidad de valoración arteterapéutica, etc.

De este texto resaltaré los elementos que consideró más significativos para favorecer el vínculo en sesiones de arteterapia con niños hospitalizados.

#### ❖ **La bata rosa.**

Para realizar nuestra labor en el hospital debíamos llevar una bata de trabajo como condición indispensable. El hecho de llevar ropa de trabajo dota a tu labor de un carácter mucho más profesional así como a tu presencia de mayor significado.

La mayoría de enfermeras y auxiliares de las plantas en las que trabajábamos reconocían nuestra vestimenta y eso agilizaba considerablemente el proceso. La entrada al control de enfermería la realizábamos con normalidad, y los datos de los pacientes nos los proporcionaban en función de los criterios que ya conocían para realizar la sesión: que fueran mayores de cuatro años preferiblemente, y que lo necesitaran más que otros por su estado anímico o su salud.

En los pacientes tenía un efecto positivo también, ya que el color era agradable y normalmente se asocia a calidez y dulzura, y ningún otro profesional usaba este color para su bata, lo cual ayudaba a diferenciar nuestra práctica de otras. Además, al ser una bata fácilmente reconocible, los niños la identificaban y asociaban al arteterapia aunque no nos hubieran conocido personalmente, algo que favorecía considerablemente la relación a priori.

También era positivo, por todos los motivos mencionados, para mejorar la percepción que tenían los padres de nosotras antes de la sesión, ya que nos consideraban personal del hospital y nos delegan con mucha más tranquilidad el cuidado de sus hijos.

#### **5.2.2.1. La planta.**

Las siguientes medidas fundamentalmente se proponen para realizarlas en cualquiera de las plantas del hospital en las que he intervenido.

#### ❖ **Carteles en las habitaciones.**

Poner un cartel en la puerta para informar de que una sesión de arteterapia se está llevando a cabo en esa habitación es una medida muy sencilla que favorece enormemente el desarrollo de la actividad. Mi experiencia a este respecto es muy positiva, aunque limitada pero puedo afirmar que las interrupciones son mucho

menos agresivas y únicamente las estrictamente necesarias cuando informamos de nuestra presencia en las habitaciones.

He podido comprobar cómo las interrupciones de las enfermeras se hacían con mayor consideración, llamando a la puerta, entrando con cuidado y respeto y no haciendo comentarios susceptibles de romper el encuadre como podrían ser: “¿Me estás haciendo un dibujo?” o “¿Ese dibujo es para mí?” obligando al paciente a dar una respuesta rápida sin tiempo para reflexionar. No debemos olvidar que son niños y adolescentes en una situación de mayor vulnerabilidad de lo habitual.

También la visita de voluntarios no llega a producirse en el momento de la sesión si ven que el paciente ya está atendido, evitando interrumpir o generar un conflicto de intereses. Este punto me lleva a tratar el siguiente.

#### ❖ **Coordinación.**

En ocasiones y por falta de coordinación dos organizaciones coinciden el mismo día en la misma planta del hospital. Los voluntarios generalmente ofrecen actividades lúdicas, juegos, canciones, manualidades que muchos niños disfrutan indudablemente. No obstante, no podemos sustituir una sesión de arteterapia por una sesión lúdica ya que el beneficio del arteterapia tiene una raíz mucho más profunda y puede generar un cambio significativo en la persona. En ocasiones las sesiones de terapia son difíciles de asimilar por los pacientes ya que no están preparados para hacer un trabajo de esta envergadura pero sabemos que a la larga valoran el servicio ya que les reporta muchos beneficios. Debemos procurar actuar de manera coordinada para que los pacientes disfruten de todo tipo de actividades sin por ello tener que renunciar a las de un tipo. Para controlar este aspecto con mayor fundamento sería conveniente establecer un periodo de observación previo al inicio de la actividad cada nueva temporada.

#### ❖ **Periodo de observación.**

Con el fin de desarrollar la actividad de una manera más adecuada a las necesidades del centro y de los pacientes, es muy necesario y conveniente realizar una labor de observación antes de iniciar la actividad en el hospital. Para ello habrá que visitar las plantas y reunirse con las enfermeras y supervisoras respectivas con

el fin de presentar la actividad y concretar unas fechas para futuras actividades introductorias, como las reuniones informativas. Será interesante conocer los horarios de las organizaciones de voluntarios que trabajan y si es posible, incluirles en estas sesiones informativas, con el fin de realizar una labor coordinada y de respeto mutuo.

#### ❖ **Sesiones informativas.**

Estas reuniones estarán destinadas a informar al personal que trabaja en el hospital, tanto personal sanitario como voluntario, sobre la actividad de arteterapia. Se hará una breve exposición teórica de sus fundamentos y se hará una propuesta de intervención en las plantas donde se pretende asistir a los pacientes.

Una medida tan sencilla como esta puede mejorar considerablemente nuestra práctica y favorecer la colaboración del personal, así como la difusión del servicio y aumentar las posibilidades de atender a pacientes ya que las enfermeras son los principales agentes de trato directo con el paciente. Ganar su respeto y simpatía puede conllevar que ejerzan un rol de informadoras sobre el arteterapia a los pacientes y sus familiares, y como consecuencia directa, una mejor acogida a nuestra presencia por parte de los mismos.

#### **5.2.2.2. La sala de Hemodiálisis.**

Debido a que la sala dónde intervine durante mis prácticas como arteterapeuta ya no es donde tienen lugar las sesiones de HD, no puedo aportar una visión sobre la estructura y funcionamiento del servicio porque ha cambiado considerablemente. No obstante debo resaltar que este servicio es muy activo y dinámico y las enfermeras y auxiliares que en el trabajan tienen un trato muy directo y cercano con los pacientes así como continuado. Muchos de estos pacientes asisten durante más de tres años, varias veces a la semana durante tres o cuatro horas de media, para ser dializados. El trabajo con estos pacientes es de suma importancia ya que su situación médica es muy compleja e inevitablemente esto repercute en el plano psicológico. Debido a las necesidades de ajuste al tema de investigación no me voy a extender en este aspecto pero no sin resaltar cuestiones de gran importancia acerca del trabajo arteterapéutico con este grupo.

Dependiendo del estilo de intervención de cada equipo de trabajo o de cada arteterapeuta se dará más importancia a unos aspectos frente a otros, pero considero que en cuestiones de organización es necesario mencionar los siguientes aspectos en los que he reparado tras mi experiencia trabajando en este ámbito.

#### ❖ **La importancia de las obras.**

Como arteterapeuta debemos dotar a las obras de la importancia que tienen y por ellos garantizar su conservación y buen estado. Muchos autores han hablado a este respecto pero veo fundamental incidir en la necesidad de dotar a las obras de un espacio que garantice su existencia en buenas condiciones en el espacio donde se desarrolla la actividad. Como consecuencia de las sesiones informativas, el personal no tendrá problema en adaptar un espacio a este fin y el sentido de nuestra labor se verá muy reforzado gracias a este recurso al que debemos referirnos en momentos en que lo creamos conveniente. Me refiero a aquellos momentos en los que el paciente se muestra menos crédulo o motivado, en ese momento, las obras ejercerán un potente efecto vinculante con la actividad y los pacientes podrán reconectar con lo que sus obras significan para ellos. Si no tenemos las obras fácilmente accesibles, no podremos utilizarlas en este sentido.

#### ❖ **Integrar a todos los miembros de la sala que lo deseen.**

Durante los 6 meses de prácticas en este ámbito he pasado por numerosos estadios respecto a esta cuestión, para finalmente concluir que es de gran valor poder incluir a las personas que están en la sala, padres, acompañantes, enfermeras, auxiliares, etc. en la actividad. Nuestro principal objetivo es el paciente y debemos prestarle especial atención, pero su bienestar se verá garantizado si favorecemos a generar un clima agradable y de trabajo mutuo entre todos. Esto dejará una sensación positiva que se podría prolongar más allá de la sesión y que repercutirá en la percepción y acogida positiva de la actividad por parte de todos los miembros.

#### ❖ **Continuidad en las sesiones que permitieron el vínculo.**

Debido a la continuidad de las sesiones debido a las circunstancias médicas de los pacientes, es con ellos con quienes es realmente posible establecer vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia. Por ello, veo fundamental que el trabajo

en este ámbito del hospital se realice de manera comprometida y bien planificada ya que siempre hay pacientes en la sala de HD y nuestra presencia puede llegar a ser muy significativa para ellos si actuamos con respeto e implicación.

No debemos rechazar esta posibilidad y el hecho de que tras varias sesiones de arteterapia se genera un vínculo entre terapeuta y paciente que lejos de evitar, debemos reforzar con el fin de generar en los pacientes seguridad y compromiso con la actividad, con su obra, su bienestar y por tanto, con consigo mismos.

### **5.2.3. Ramón y Cajal.**

El servicio de Arteterapia en este hospital también se inició de la mano de la Fundación Menudos Corazones. Actuamos en la planta de Pediatría *cama a cama* y en la ciberaula y en el aula hospitalaria. Estos dos últimos recursos me permitieron desarrollar una modalidad de trabajo que antes no había puesto en práctica, el trabajo grupal.

Para completar este apartado incluiré el extracto de mi Memoria de prácticas en el que describo esta experiencia.

En el Ramón y Cajal la actividad era parecida al 12 de Octubre salvo que en este hospital disponíamos de la ciberaula y el aula hospitalaria a parte de las habitaciones o la UCI para intervenir con los pacientes.

En un principio desarrollamos la actividad en la ciberaula y en las habitaciones pero vimos que no era un buen lugar y se nos ofreció la posibilidad de trabajar en el aula hospitalaria. El problema de la ciberaula es que estaba disponible de 4 a 5 que era cuando llegaban los voluntarios y a menudo, las sesiones de arteterapia se veían interrumpidas o alteradas por su presencia.

Así mismo, nos resultaba muy difícil empezar a las 4 ya que los pacientes no estaban informados de la actividad y teníamos que ser las arteterapeutas, 15 minutos antes de empezar la sesión, quienes avisábamos a los pacientes. A las 4 aproximadamente, repartían las enfermeras la merienda por lo que, en la mayoría de los casos, teníamos que esperar a que terminaran de merendar en sus habitaciones para que acudieran a la sesión.

Un grave problema que teníamos en el hospital era la falta de colaboración de las enfermeras con la fundación. Todos los lunes, Ana Belén o Belén tenían que esperar a que las enfermeras estuvieran disponibles para darles un listado con los pacientes que había en la planta. Sin embargo, a diferencia del 12 de Octubre, en este listado no aparecía la edad de los pacientes, complicando en gran medida nuestra labor. En lugar de ir directamente a las habitaciones de los pacientes que por su edad podían participar en la sesión grupal en el aula, teníamos que informar a cada paciente visitándoles en su habitación e informándoles del servicio. Esta labor suponía, en ocasiones, más de media hora ya que la planta de pediatría dispone de 43 camas.

Otro de los problemas que tuvimos en el hospital fue la coordinación con otras asociaciones ya que en varias ocasiones acudieron a la planta voluntarios de otra asociación que en lugar de acercarse a la ciberaula y planificar su intervención en coordinación con Menudos Corazones se dedicaron a visitar a los pacientes en sus habitaciones y ofertar otras actividades paralelas a la sesión de arteterapia, obligando a los pacientes a elegir entre las dos actividades. A menudo se trataba de pacientes adolescentes que preferían una partida de cartas a enfrentarse a la palabra terapia.

Cuando nos presentábamos ante pacientes que no podían salir de la habitación, realizábamos la sesión en su habitación después de la sesión grupal o directamente, si no había nadie con quien trabajar en el aula.

La experiencia en este hospital fue bastante limitada en el tiempo por lo que no puedo hablar de una evolución tras nuestra presencia. Como comento en la viñeta, la acogida que nos hacía el personal sanitario era muy deficiente y dificultaba el trabajo considerablemente. Medidas sencillas como aportar una lista con la edad de los pacientes habría agilizado nuestra labor significativamente y nos habría permitido mejorar la calidad del trabajo.

Es importante resaltar la importancia de la relación con la institución y con el personal que en ella trabaje porque como he podido comprobar, condiciona la relación que podemos establecer con los pacientes. Si la institución nos percibe como agentes extraños, los pacientes y sus familiares, muy probable y lógicamente lo harán también.

Los elementos que he presentado anteriormente tienen que ver con la organización del trabajo de cara a la institución y al personal de la misma. A continuación haré una presentación de distintos casos que he atendido a lo largo de mi periodo de prácticas en los tres hospitales que he introducido. Los criterios que me han llevado a seleccionar a unos y a otros han sido extremos, por lo que presento casos de pacientes “ideales”, más adelante aclararé esta calificación; o pacientes que por las condiciones de la hospitalización, el encuadre o la falta de información, han supuesto mucho más que un reto a la hora de establecer un vínculo terapéutico.

### **5.3. Selección de casos**

Los casos que a continuación se describen han sido escritos en primera persona por la arteterapeuta a partir de las *Notas y Registros* de las sesiones. De igual manera, los nombres utilizados son nombres ficticios para preservar la intimidad y el anonimato de los niños, niñas y sus familias.

#### **5.3.1. Isabel, la necesidad de un apego seguro.**

Isabel, es una adolescente de 13 años que llevaba 3 años y medio en tratamiento con HD y que estaba a la espera de recibir un trasplante de riñón. De origen búlgaro



vino a España junto a su familia cuando tenía 6 años. Su madre, abandonó el domicilio familiar conllevando ciertos trastornos en el sistema familiar.



Esta pérdida, naturalmente, ha influido en la paciente causándole una profunda herida, un duelo no cerrado y afectando de manera significativa su capacidad de vinculación.

Figura 4 Imagen escogida por I. para realizar un collage. Foto de Cristina Ramos.

He seleccionado este caso entre otros por la complejidad que encierra y por el reto constante que para mí supuso. La intervención con esta paciente se inició en el marco de las sesiones de HD, más tarde pude acompañarla en la UCIP tras recibir el trasplante y finalmente en la planta 7ª durante el periodo de recuperación. Este ha sido el único caso en el que pude hacer un acompañamiento continuado hasta el final del tratamiento. A lo largo de 16 sesiones el trabajo con esta paciente atravesó numerosos estadios que procuraré recoger en esta exposición.

Destaco este caso porque desde la primera sesión en la que intervine me involucré realizando varias sesiones individuales en el marco grupal y pude establecer un vínculo especial con la paciente. Su comportamiento a lo largo de todo el proceso fue ambivalente, mostrando en ocasiones una fuerte necesidad de acompañamiento y refuerzo positivo y en otras un total rechazo por la actividad y la presencia de las arteterapeutas en su espacio físico y personal, rechazando todo contacto, conversación o acercamiento. Con esta paciente, pude experimentar el ejercicio de la transferencia terapéutica en numerosas ocasiones, algo que me permitió abordar cuestiones fundamentales como sus sentimientos ante la pérdida o su manera de percibir las relaciones con los adultos cuidadores.

Introduzco en este momento un extracto del registro de una de las sesiones en las que el juego posibilitó restaurar la relación tras un conflicto del que pude aprender mucho sobre la relación terapéutica con niños hospitalizados. Sobre cómo debemos cuidar y ser conscientes de lo que la enfermedad supone y lejos de pormenorizar su situación, darle la consideración que se merece y el respeto que nos inspiran por sobrellevar una situación tan compleja de la mejor manera posible.

“Le tomaron la tensión y, con ánimo de jugar, le pedí a la enfermera que me tomara la tensión. Como tenía poca me pidió que me sentara y tardó más de lo normal. A raíz de eso I. se contrarió y dijo que no quería trabajar. El agua de las témperas se cayó y pidió que le cambiaran la cama a pesar de que no estaba muy mojada. A continuación me pidió limpiarse las manos con papel y alcohol. Aproveché la situación para fingir estar en un salón de manicura y que le hacía la manicura, yo le decía lo que tenía que responder y ella lo decía y se reía, seguía el juego. De ese modo, recuperé su confianza y quiso seguir trabajando”.

Como éramos tres arteterapeutas, de manera natural tendimos a trabajar cada una con un paciente de manera fija. Entre todas explicábamos la actividad pero cada una se centraba en un paciente, acompañándole, regulando su demanda y adaptando la actividad a la necesidad del paciente. Personalmente, esta dinámica me parecía la más acertada, pero empezó a fallar debido a la ausencia esporádica de alguna de nosotras, lo cual provocó la ruptura del encuadre y la necesidad de reajuste, lo que afectó a la relación vincular original que establecí con la paciente, pero evolucionó de manera positiva como veremos a continuación.

Cuando cambiamos el encuadre se lo hicimos saber a los participantes, ya que, aunque desde el principio de las sesiones hubiéramos expresado que todas ayudaríamos a todos” la realidad era que nos habíamos centrado en cada uno de manera individual. Esto no impedía que al final de cada sesión pusiéramos la información de cada paciente en común así como los registros de las sesiones, pero sí que ellos sintieran que había la misma implicación por parte de las arteterapeutas hacia ellos.

Entre otras propuestas el modelo por el que optamos, tras varias supervisiones y tutorías con distintos profesionales, fue el que definía una arteterapeuta responsable de la planificación de la sesión y la explicación, así como del cierre de la misma; y arteterapeutas de apoyo que se encargaban de hacer el acompañamiento de cada

paciente. Este modelo nos permitía ir rotando en el rol de arteterapeuta y tratar de equilibrar la relación con los participantes.

Cuando modificamos el encuadre las sesiones se volvieron más dinámicas y mejoró la cohesión grupal. Muchas de las actividades implicaban al grupo, la relación que había entre ellos, cómo se implicaban en las actividades y cómo nos implicábamos con cada uno de ellos. No obstante, el vínculo inicial superaba el nuevo planteamiento en algunos casos, había participantes que no demandaban el mismo tipo de compañía por parte de unas y de otras arteterapeutas. Lo cual tenía que ver con su estilo vincular y el tipo de demanda que ejercían. Personalmente, me resultaba difícil acercarme a algunos pacientes, dependiendo las circunstancias, podía llegar a sentir que implicaba desempeñar un rol que no me correspondía.

Esta paciente trabajó en numerosas obras, fundamentalmente dibujos que realizaba con sumo cuidado y detalle. Este medio de expresión le permitía conectar con el autocuidado y su visión del mundo, teñida por una posición infantil que asocio a los acontecimientos que han marcado su biografía y la han situado en una posición pasiva y victimista.



Figura 5 Dibujo de Isabel. Foto de Cristina Ramos.

En este momento debo hablar de la contratransferencia<sup>9</sup> que se producía por mi parte hacia I. y cómo este mecanismo me llevaba a tener una tendencia sobreprotectora que pude resolver gracias a las supervisiones académicas, el intercambio y las sesiones de planificación con mis compañeras y la terapia

---

<sup>9</sup> Este mecanismo es equiparable al de la transferencia pero con sentido inverso es decir, de terapeuta a paciente.

personal. Cuando identifiqué esta postura mía pude ejercer una intervención encaminada a abordar esta posición en la que se situaba la paciente ayudándola a asumir un rol más activo y afirmándola en su capacidad de decisión y acción.

La intervención con esta paciente me enseñó a observar y entender, que dependiendo de cómo se sientan, los pacientes nos van a reclamar de maneras distintas y si ejercemos nuestro rol correctamente regularemos esa demanda dando una respuesta suficientemente buena. Cuanto menos nos necesiten será cuando mejor estén y debemos aceptar como un signo de salud el rechazo de nuestra intervención. En la mayoría de las ocasiones la importancia reside en lo que no se dice. Cada acción, cada gesto, adquiere más importancia que las palabras ya que es algo absolutamente irracional, en ocasiones inconsciente.

Me hubiera gustado mucho realizar un cierre definitivo de las sesiones de arteterapia con esta paciente ya que tenía la certeza de que iban a darle el alta y que no iba a verla más en el hospital. Sin embargo, no fue posible ya que esta prefirió ir a la *Pajarera*, un lugar que ofrece muchas más posibilidades de las que una sesión de arteterapia en la habitación puede ofrecer. Esta circunstancia me alegró ya que constituyó un claro síntoma de que estaba mucho mejor su salud y por tanto su estado de ánimo.

Tras evaluar este caso puedo afirmar que aprendí a regular mi respuesta a la constante demanda y a manejar la transferencia y contratransferencia que se daba en la relación terapéutica. La paciente, aunque presentaba un apego de tipo ambivalente en un principio, tenía una gran necesidad de establecer vínculos de seguros de apego y la relación terapéutica, tanto conmigo como con mis compañeras, fue una gran oportunidad para que ella sintiera que esto es posible.

Como conclusión identifico algunos elementos que posibilitaron el establecimiento de un vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia.

- ❖ Continuidad de las sesiones.
- ❖ Información del caso.
- ❖ Aceptación mutua.
- ❖ Implicación y compromiso personal.

Los elementos que supusieron un inconveniente fueron:

- ❖ Ausencia puntual.
- ❖ Estado emocional del paciente.

Los elementos que suplieron las carencias del marco terapéutico fueron:

- ❖ Cercanía afectiva.
- ❖ Interés por el paciente.
- ❖ El juego como método de trabajo.
- ❖ Rotación de roles.

### **5.3.2. Laura, el juego como estrategia vincular.**

El trabajo con esta paciente tuvo lugar en la UCIP del Hospital 12 de Octubre cuando ella se encontraba ingresada tras un accidente de bici. La paciente tiene 8 años y está en la cama acompañada por sus padres. En el momento que me acerco al box en el que se encuentra, una enfermera está interviniendo y ejerce de intermediaria entre la niña y yo. Me saluda cálidamente y comenta la suerte que tiene la paciente de poder beneficiarse de una sesión de arteterapia, a lo que la niña responde curiosa e interesada. Me acerco y le ofrezco el servicio informándole de en qué consiste. El discurso que dirigía a los niños, después de presentarme a sus acompañantes era, en la mayoría de los casos, algo así:

*“Hola me llamo Cristina y soy Arteterapeuta ¿tú cómo te llamas? He venido a ofrecerte pasar un rato conmigo y con los materiales que tengo en esta bolsa, para que puedas pintar, dibujar, recortar, pegar o jugar. Puedes usar todas estas cosas y si te cansas o quieres terminar sólo tienes que decirlo y terminaremos. Te propongo que hagas lo que más te apetezca y luego hablemos de ello si quieres y si no se te ocurre nada yo puedo proponerte algo”*

L. tiene ganas de empezar la sesión y sus padres, muy amablemente se van porque intuyen que así es mejor al escuchar la palabra *terapia*, acordamos que después de una hora pueden volver a acompañar a su hija.

Primero, me intereso por su salud, si se encuentra bien en ese momento, si tiene algún dolor o alguna molestia y si prefiere que me ponga en un lado u otro de la

cama. Empezamos la sesión con una sencilla dinámica, la *dinámica de los garabatos* la cual me ha permitido conectar con los pacientes de una manera directa. Las ventajas de esta propuesta es que desde el principio rompen con las ideas previas que podría tenerse acerca del arte. Un sencillo garabato, abre la posibilidad de intervenir desde la imaginación y transformar una realidad muy subjetiva en aquello que nos resulta lo más sugerente en ese momento. Rápidamente y sin necesidad de mucha explicación, paciente y terapeuta colaboran en un sencillo juego que puede generar anécdotas, experiencia y simpatía mutua. Con L. sucedió lo que con tantos otros, al principio estaba algo inhibida con las características de la propuesta ya que escapa a la lógica, pero al descubrir que "todo valía" se fue relajando y animando.

Más tarde le propuse hacer un dibujo de lo que ella quisiera y cuando hubo terminado le sugerí incorporar aquellos elementos que más le gustaría que formaran parte de esa pequeña ficción que había representado. Esta posibilidad, le llenó de ilusión y entusiasmo ya que empezó a incluir a amigos, familiares y elementos de la naturaleza que a todos nos son agradables, flores, un enorme arcoíris y varios animales.

A estas alturas L. estaba más que implicada y me pidió una nueva dinámica. En este caso le propuse hacer el *diálogo pintado*, que consiste en que dos personas simultáneamente establezcan un diálogo a través de grafismos y color. Esta aventura desconcertó a L. y le permitió de nuevo salir de la zona de confort e investigar posibles modos de relacionarse con otra persona, eso sí, por medio de un rotulador y un papel.

La última dinámica que realicé con ella, sobre la marcha fue *personaje a dos*. Esta consiste en crear un personaje entre terapeuta y paciente por turnos, de modo que cuando uno de los dos levanta el rotulador del papel, automáticamente pasa a ser el turno del otro. Esta dinámica permitió a L. desarrollar estrategias para alcanzar sus objetivos creativos mostrándose muy despierta y avivada durante todo el proceso.

Describo las dinámicas que desarrollamos ya que considero que fueron fundamentales para el tipo de relación que se generó. En un ambiente tan hostil como puede ser una UCIP los niños tienen una fuerte necesidad de conectar el juego, con el arte, en definitiva, con su lenguaje de niños.

He seleccionado este caso por el efecto que me produjo que a mitad de la sesión y sin que yo le preguntara nada al respecto, L. empezara a narrarme la experiencia que le había llevado a la hospitalización y posterior ingreso en la UCIP. Como una necesidad de hacerlo real, de aceptarlo y de recibir un feed back y consuelo, me contó detalladamente el suceso y la reacción de sus padres, desde su percepción de niña que pude percibir en estado de shock. La posibilidad de jugar y recibir una sesión de arteterapia le sacó de ese estado para devolverla a un territorio donde podía desenvolverse sin problema.

A la semana siguiente pude verla en la ciberaula del hospital, y mi disposición para acompañarla en la actividad que quisiera fue positiva para mejorar su integración en el espacio

Como conclusión identifiqué algunos elementos que posibilitaron el establecimiento de un vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia.

- ❖ El juego.
- ❖ La mediación de la enfermera.

Los elementos que supusieron un inconveniente fueron:

- ❖ No continuidad de las sesiones.
- ❖ No información de la paciente.

Los elementos que suplieron las carencias del marco terapéutico fueron:

- ❖ Informar a los padres.
- ❖ Planificar una posible futura sesión.

### **5.3.3. Alejandro, un artista adolescente.**

Atiendo a A. en la planta de pediatría del Hospital 12 de Octubre en una de las habitaciones dobles que comparte con una bebé. Ha sido operado recientemente del corazón tras varios años de espera debido a que su patología requería mucha especialización.

Entro en la habitación acompañada de la psicóloga de la Fundación. Como ella conoce a los padres les saluda con naturalidad y me presenta. Le explico a A. en qué consiste el Arteterapia y le ofrezco una sesión, él accede y yo salgo a buscar el material.

Al principio de la sesión permanece callado a los pocos comentarios y preguntas que hago responde de manera breve pero amable y cada vez se extiende un poco más. A mitad de la sesión empieza a hablar con más confianza y me habla de su afición por el dibujo. A las preguntas que le hago responde con naturalidad pero no pierde una actitud típica de

adolescente que quiere dar una imagen de seguridad en sí mismo.



Figura 6. Dibujo de Alejandro. Foto de Cristina Ramos.

Hablamos de que ha tenido una larga experiencia de hospitalizaciones a lo largo de su vida. Le pregunto qué sentimientos tiene hacia el hospital y me dice que en parte le da asco y en parte le da igual porque está acostumbrado, nos reímos. Me cuenta que le gusta dibujar y el cómic especialmente, entonces, le doy algunas referencias, ya que es un gran aficionado y pertenece a un club de dibujo. Le he preguntado si conocía los cómic de Menudos Corazones y me ha dicho que sí. Le he preguntado si le gustaban y si se sentía identificado con los personajes y ha dicho que sí. He interrogado si le gustaría hacer una continuación de una de las historias y ha contestado muy emocionado que sí. Le he propuesto hacer una pequeña historia en ese momento pero no ha llegado a cuajar.

Pasa un buen rato dibujando, lo hace con gran conocimiento de lo que hace y sumo cuidado. Borra las líneas que sobran con mucho cuidado. Sigue un orden estructural en el dibujo de un personaje. Le pregunto si es él y dice que no. Más adelante le pregunto por qué sonríe el personaje y dice que es un rapero que gana mucho dinero. Le pregunto si el dinero da la felicidad y dice que no y concluimos que también sonreiría aunque no tuviese tanto dinero. Habla de sus pasiones y su ocio a raíz de un comentario que hizo sobre el calor que hacía en la habitación dijo que le gustaba quedarse en casa dibujando y jugando a la consola (...)

Este extracto forma parte de los registros de las sesiones que tuve con este paciente. He seleccionado este caso ya que para mí fue muy significativo porque hasta el momento no había tenido ningún paciente tan aficionado al dibujo y concretamente al cómic, afición que comparto, con el que pudiera conectar desde una posición más educativa que terapéutica. Inevitablemente el rol que hice era de terapeuta, sin embargo el interés que A. tenía por el arte me llevó a desempeñar el rol de arteterapeuta desde un eje más centrado en el arte que en la terapia.



A pesar de que sólo tuve dos sesiones con él, fueron de gran valor ya que pude experimentar la potencialidad del arteterapia como en pocas ocasiones. Para ilustrar este comentario incluyo otro extracto de los registros.

En una ocasión me propone jugar a un juego “muy divertido” acepto y le pido que me lo explique, me dice que es un juego con una diana y unas hachas. Como sé que no lo tiene le propongo hacer una diana y pensar una forma de hacer los dardos, le propongo muchas cosas pero le parecen muy “locas” para hacerlas en el hospital. Dice que se quiere ir y le digo que necesitaríamos algo para salir de ahí sin hacernos daño, por ejemplo un paracaídas o una cuerda hecha de sábanas. No entiende muy bien mis propuestas pero le gustan aunque las considera imposibles, entonces, vuelve a lo de la diana.

Hacemos algunas pruebas y al final acaba haciendo un “arma” con el que puede tener un poco de control, alcanzar algunas cosas, llegar más lejos que lo que puede desde la cama. Es una pequeña bola hecha con *limpia pipas* atada a una cuerda de hilo de algodón. Su creación le produce una inmensa felicidad, por unos minutos se olvida del hospital, se divierte.

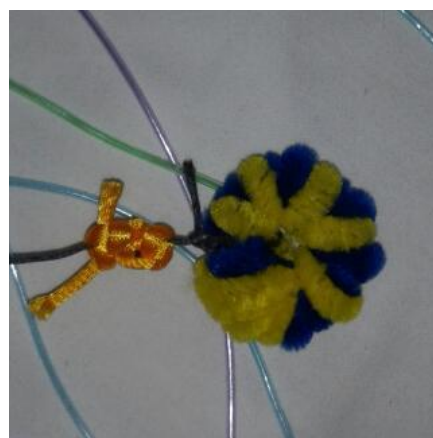


Figura 7 Creación de Alejandro. Foto de Cristina Ramos

Como conclusión identifiqué algunos elementos que posibilitaron el establecimiento de un vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia.

- ❖ El juego.
- ❖ La mediación de la enfermera.

Los elementos que supusieron un inconveniente fueron.

- ❖ Sesiones limitadas.
- ❖ Frecuentes interrupciones.
- ❖ Ausencia de carteles en la habitación.

Los elementos que suplieron las carencias del marco terapéutico fueron:

- ❖ Intereses comunes.
- ❖ Pertenencia a la Fundación.

- ❖ No limitar las posibilidades creativas.

#### **5.3.4. Marta, el dolor temprano.**

Marta es una paciente del Hospital la Paz que se encuentra ingresada en la planta 7ª. Tiene un diagnóstico de cáncer algo que sólo puedo intuir por el tratamiento de quimioterapia que recibe, lo que le ha causado la pérdida total del cabello. Esta circunstancia me impacta ya que no he sido advertida por ningún enfermero de la planta y en esta unidad, salvando excepciones, no solemos tratar a pacientes de Oncología. M. se encontraba allí ingresada porque en la planta 6ª, la planta de Oncología de La Paz, no había camas. En esta planta ella se siente mucho más a gusto, las enfermeras la conoce y puede relacionarse con niños y niñas que como ella están en un proceso de quimioterapia con las consecuencias físicas que conlleva: pérdida del cabello, cansancio, vómitos, llagas en la boca, etc.

Esta circunstancia le hacía sentir en cierto modo ajena a la planta y le producía un sentimiento de nostalgia que no era difícil de percibir. Todas las tardes, bajaba a la 6ª para saludar a las enfermeras y encontrarse con los voluntarios y pacientes de allí por lo que se podía intuir una especie de recelo hacia el personal de la 7ª un pensamiento al que le pondría palabras como: “En la 6ª planta hay gente que me conoce y que me quiere, no te necesito”.

Cuando entro en la habitación M. está acompañada por su madre y aunque en la puerta no hay ningún cartel que indique las medidas higiénicas que hay que tomar como prevención ante un posible contagio, me pide, muy amablemente, que me ponga una mascarilla para estar en la habitación. Yo le ofrezco salir a tomar un café o a dar un paseo pero ella prefiere quedarse en la sala de espera que hay junto a la habitación.

Como terapeutas debemos escuchar al máximo este tipo de demandas de los padres y extremar las precauciones a pesar de que no se indique de manera específica por el servicio médico. En este aspecto, estoy muy de acuerdo con la opinión de la Dra. Rico cuando afirma que como arteterapeutas que intervenimos en hospitales debemos familiarizarnos con las enfermedades y diagnósticos de

nuestros pacientes, con el fin de garantizar su salud y de tener mayor capacidad empática con los padres y los propios pacientes.

También, en otra ocasión me pidió que la llamara si Marta necesitaba algo a lo que yo respondí facilitándole mi número en caso de que quisiera interesarse por el estado de su hija. En el contexto de una terapia al uso esta medida no sería necesaria, pero en el contexto hospitalario debemos estar abiertas a este tipo de necesidades por parte de los familiares, cualquier pequeño gesto que les genere un sentimiento de confianza hacia nosotros, será beneficioso para la terapia y por tanto abrirá la posibilidad de generar un vínculo con el paciente.

M. apenas habla, tiene la boca llena de llagas y esto le causa mucha molestia y dolor al hablar. Por tanto yo le propongo que haga lo que quiera, un dibujo, recortar, etc. Elije hacer un dibujo y colorearlo con témperas, trabaja concienzudamente y de vez en cuando levanta la mirada para cruzarla con la mía. Yo le hablo, le hago preguntas, ella no responde.

Cuando salgo de la habitación tengo una sensación muy negativa acerca de mi rol de arteterapeuta. No he conseguido establecer un pequeño vínculo con Marta y siento que no la he comprendido, que no alcanzo a entender la magnitud de su dolor.

A la semana siguiente vuelvo a la habitación y Marta me recibe segura, espero a que termine de merendar y entro con mi mascarilla. Los padres acceden a dar un paseo por la calle, les comento el buen tiempo que hace y se animan después de hacer un intercambio de números de teléfono. Marta habla en varias ocasiones, algo novedoso y cuando se van sus padres no deja de hacerlo. Le propongo la dinámica de los garabatos que le sirve para crear unas figuras que luego dibuja y colorea en grande. Se siente mucho más confiada y me cuenta anécdotas de su vida cotidiana. Al cabo de una hora y media sus padres entran en la habitación pero ella no quiere que me vaya para poder colorear unos dibujos suyos con las témperas que traigo. Sus padres están muy agradecidos y pasamos un buen rato en la habitación.

Al salir de esta sesión la percepción que tengo sobre mi actuación es mucho más positiva. Me doy cuenta de que en la sesión anterior Marta no hablaba por el dolor que le producían las llagas, algo con lo que yo no estaba del todo familiarizada.

Caigo en la importancia de rebajar las expectativas y reducir el estrés. El silencio es un gran regalo.

Como conclusión identifiqué algunos elementos que posibilitaron el establecimiento de un vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia.

- ❖ La bata rosa.
- ❖ Los materiales disponibles.
- ❖ La disposición de los padres.

Los elementos que supusieron un inconveniente fueron:

- ❖ Rechazo a la planta por parte de la paciente.
- ❖ Dolor y cansancio de la paciente.
- ❖ Desconocimiento por parte de la arteterapeuta.

Los elementos que suplieron las carencias del marco terapéutico fueron:

- ❖ Cartel en la puerta.
- ❖ Relación positiva con los padres.
- ❖ Varias sesiones.

### **5.3.5. Rodrigo, única sesión.**

He seleccionado este caso debido a la multitud de aspectos que se oponían a que la sesión de arteterapia pudiese realizarse con más normalidad y a pesar de ello, considero que se superaron muchos obstáculos y el efecto fue muy positivo.

Rodrigo es un niño de 6 años que estaba ingresado por una lesión en la pierna. Las psicólogas habían visitado las habitaciones y su madre se había mostrado muy interesada por el arteterapia. Cuando terminé en la ciberaula, a las 6 de la tarde, me comentaron la posibilidad de visitar a R.

Recurro a mis notas de registro.

Hospital planta pediátrica, habitación doble. La familia con la que comparte la habitación no es muy favorecedora de la actividad porque piden silencio máximo. Llega el celador y nos vamos a rayos. Terminamos la actividad en la habitación.

Al principio R. se mostraba activo y entusiasmado, con seguridad en sí mismo. Sin embargo, en ocasiones tenía dolor que le impedía disfrutar plenamente. En la salida a rayos seguimos dibujando en la sala de espera hasta que se cansó, pero me pidió que hiciera un dibujo para él. Le pregunté qué quería y dijo: “una casa”. Entre los dos fuimos eligiendo los colores para cada elemento de la casa y al final pegué todos los dibujos en la pared de la habitación para que él pudiera verlos.

A escasos minutos de empezar la sesión, cuando estábamos inmersos en la dinámica de los garabatos entró un celador para llevar a R. a Rayos. Aparentemente la sesión habría terminado en ese momento pero cuando el celador comentó la posibilidad de que le acompañásemos a rayos, no lo dudé y me pareció un detalle muy positivo por su parte ya que, considero que primó el bienestar de R. frente a su comodidad o la normalidad del hospital.

Durante el tiempo en la sala de espera seguimos dibujando, como comento en el registro. Este gesto generó en R. un sentimiento positivo de vínculo y afecto, ya que al salir de la sala de rayos preguntó por mí porque no me veía y quiso seguir eligiendo colores para la casa y que le acompañase en la habitación durante un rato más.

La madre estuvo presente durante toda la sesión. Interviniendo cuando lo creía conveniente, algo que no siempre coincidiera con mi deseo. En estas circunstancias, debemos lograr que los acompañantes se conviertan en nuestros aliados y poner especial interés en que se adhieran a nuestra propuesta y nuestro estilo de intervención en la medida de lo posible. Será necesario informar y explicar bien sobre el sentido del arteterapia y de la dinámica en cuestión y generar una relación natural y fluida para que el paciente se sienta cómodo y no perciba un ambiente competitivo entre los suyos y la terapeuta.

Como conclusión identifico algunos elementos que posibilitaron el establecimiento de un vínculo terapéutico en las sesiones de arteterapia.

- ❖ Interés de la madre.
- ❖ Motivación del paciente.
- ❖ Motivación personal.

Los elementos que supusieron un inconveniente fueron.

- ❖ Los compañeros de habitación.

- ❖ La salida a Rayos.
- ❖ El cansancio de Rodrigo.

Los elementos que suplieron las carencias del marco terapéutico fueron:

- ❖ Continuidad de la sesión fuera de la habitación.
- ❖ Continuidad de la actividad y del juego a pesar del cansancio.
- ❖ Buena relación con la madre.

#### **5.4. Evaluación y triangulación.**

Los procedimientos que se ha utilizado para la evaluación han sido la supervisión académica, la supervisión personal, las tutorías académicas, las tutorías profesionales con la tutora del centro, la técnica de *coaching* entre iguales, los registros y las notas de campo.

Para la triangulación de los datos ha sido fundamental comparar las versiones de los informantes, cualificados y no cualificados. Considero informantes cualificados a las enfermeras y auxiliares que están en contacto directo con los pacientes, estas tienen acceso a su historial clínico y conocen datos significativos de su biografía y su evolución durante la hospitalización. Así mismo también han sido informantes de este rango mis compañeras arteterapeutas que intervenían con los mismos pacientes que yo que les conocían personalmente y habían participado en las sesiones de arteterapia.

Los informantes no cualificados son miembros del personal que no tienen acceso a los informes de los pacientes pero que les conocen y se relacionan con ellos; voluntarios con los que he coincidido en las plantas y me han podido informar sobre la opinión de un paciente acerca de las sesiones y sobre la suya propia.

No debo olvidar considerar a los padres de los niños como informantes cualificados que me aportaban datos sobre el estado de salud y anímico de los pacientes. Esta función la han ejercido también las psicólogas de la Fundación Menudos Corazones y la Coordinadora del Voluntariado y Docencia del Hospital La Paz.

La observación participante ha sido una estrategia fundamental para la recolección de datos. Ha sido fundamental y de gran ayuda el acceso al listado de pacientes que había ingresado en planta en los hospitales 12 de Octubre y Ramón y Cajal.

Por otro lado, muchos de los datos los he conseguido mediante conversaciones con los agentes informantes. En el caso de los padres, familiares y voluntarios gracias a los encuentros en las habitaciones o pasillos y en el caso de las enfermeras, psicólogas y la coordinadora en reuniones periódicas en el contexto del hospital y en la sede de la Fundación.

### **5.5. Conclusiones del marco experimental**

Para la elaboración de este trabajo de investigación ha sido fundamental la labor que he desempeñado en los hospitales como arteterapeuta, experiencia sin la cual no habría podido desarrollar una inquietud hacia el tema de investigación y mucho menos un conocimiento profundo del contexto de trabajo.

Tampoco habría podido intervenir en los casos que expongo y mucho menos recabar datos a través de la *observación participante*, los *diarios de campo* y los *formularios de registro de las sesiones*. Las entrevistas y encuentros con los informantes no habrían tenido lugar, ni a modo de reuniones ni como resultado de una labor en coordinación con otros profesionales y voluntarios encargados de garantizar la mejora física y emocional de los pacientes.

Quiero destacar la importancia de llevar un control diario y actualizado de los diarios de campo y registros de las sesiones ya que esta tarea permite rescatar información muy sensible a la memoria que de no registrar a tiempo podría caer en el olvido afectando al seguimiento del caso y al desarrollo de la investigación.

La evaluación ha sido una parte fundamental del proceso, ya que sin el asesoramiento y orientación de los profesionales en las tutorías y supervisiones o la puesta en común entre iguales, esta aventura habría estado teñida de incertidumbre metodológica.

Considero que el método de estudio de casos es el más acertado para responder a las cuestiones que he formulado referentes a los elementos favorecedores y como consecuencia a la identificación de los desfavorecedores y los compensadores. La selección de casos desde una visión instrumental me ha permitido ilustrar mi experiencia acerca de complejidad que puede encerrar la cuestión vincular en las sesiones de arteterapia con niños y niñas hospitalizados.

## 6. CONCLUSIÓN



Figura 8. Es un gato. Foto de Cristina Ramos

Tras este ejercicio de investigación en el que se ha analizado la cuestión vincular desde sus inicio en el seno familiar y concretamente con la madre, hasta cómo se puede abordar esta cuestión en el marco hospitalario, donde hemos incidido en la diferencia que se genera en las sesiones de arteterapia de otras terapias por la relación que establece el paciente con la obra y después de exponer los elementos que favorecen el vínculo en sesiones de arteterapia con pacientes hospitalizados, haremos una exposición de las conclusiones extraídas.

Como hemos podido observar en los distintos casos la cuestión vincular depende de numerosos aspectos que pasan desde lo puramente externo, el marco contextual, a lo más específico de cada caso como es la biografía del paciente. Para dar respuesta a este problema de investigación deberemos tener en cuenta las características específicas del contexto de intervención, que como hemos mencionado están poco sujetas a previsión y nos exigen considerar cierta perspectiva antes las numerosas posibilidades circunstanciales. Estas van desde la edad de los pacientes, hasta las medidas higiénicas, pasando por la presencia de acompañantes, posibles interrupciones, etc.



La figura 8 es una fotografía de una de las obras realizada por una paciente en de HD en una sesión de creación libre. Con la ayuda de las arteterapeutas T. consiguió dar forma a lo que no conseguía poner palabras. Al preguntarle qué representaba un gato para ella respondió: “el cuidado, los mimos que le damos, es genial ser un gato”. La obra nos permitió llegar a ella de una manera directa, clara y sencilla, T. necesitaba cuidados y de esta manera nos permitió dárselos.

Teniendo en cuenta la teoría sobre la constitución del Yo que hemos abordado desde la visión psicoanalítica de la mano de Donald Winnicott y Melanie Klein en cuanto a la relación con el cuidador primario, hemos querido resaltar la importancia del ejercicio de las funciones terapéuticas en consonancia con el rol que estos autores describen y al que otorgan la responsabilidad de la integridad del ser. Como terapeutas, debemos observar a nuestros pacientes para establecer un plan de actuación, fijando unos objetivos entre los que esté consolidar el vínculo en la medida de lo posible, porque como hemos visto en la teoría de Jiménez en referencia a las investigaciones del grupo de Boston, este elemento será fundamental para garantizar el éxito de la terapia.

Como hemos podido recoger en el apartado titulado el vínculo en Arteterapia este fenómeno afectivo no sólo se produce en esta disciplina hacia la persona del terapeuta sino que una parte fundamental recae sobre la obra, la creación que el paciente ha desarrollado en el marco de las sesiones, lo cual le lleva necesariamente a conectar con el sí mismo y por tanto hacia la propia integración del su psiquismo.

En la mayoría de los casos en los que se interviene en el marco hospitalario, la cuestión vincular es poco menos que una utopía, ya que las sesiones únicas y la falta de información acerca del diagnóstico del paciente por parte de la institución, nos abocan a una situación muy incierta que nos impide prever futuras intervenciones y la consecución de los objetivos fijados a corto o medio plazo. Es aquí cuando las medidas para coordinar y mejorar la relación con institución juegan un papel fundamental.

A modo de resumen expongo los elementos que considero más importante destacar:

- ❖ La posesión de material informativo sobre el arteterapia.

- ❖ Informar al equipo médico y de enfermeras sobre la actividad.
- ❖ Llevar ropa de trabajo, en este caso, la bata rosa.
- ❖ Cuidar las medidas higiénicas.
- ❖ Preservar el encuadre con carteles en las puertas de las habitaciones.

Recojo en el siguiente cuadro los elementos identificados en este trabajo de investigación:

FAVORECEDORES	DESFAVORECEDORES	CONTRARRESTANTES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuidad de las sesiones.</li> <li>- Información del caso.</li> <li>- Aceptación mutua.</li> <li>- Implicación y compromiso del terapeuta.</li> <li>- El juego.</li> <li>- La mediación del personal sanitario.</li> <li>- El juego.</li> <li>- La bata rosa.</li> <li>- Variedad de materiales disponibles.</li> <li>- La disposición e interés de los padres.</li> <li>- Motivación del paciente.</li> <li>- Motivación personal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausencias puntuales.</li> <li>- Estado emocional negativo del paciente.</li> <li>- No continuidad de las sesiones.</li> <li>- No información de la paciente.</li> <li>- Sesión única.</li> <li>- Frecuentes interrupciones.</li> <li>- Dolor y cansancio en los pacientes.</li> <li>-Desconocimiento de la enfermedad por parte de la arteterapeuta.</li> <li>- Compañeros de habitación no colaborativos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rotación de roles.</li> <li>- Cercanía afectiva.</li> <li>- Interés por el paciente.</li> <li>- El juego como método de trabajo.</li> <li>- Rotación de roles.</li> <li>- Compartir intereses con los pacientes.</li> <li>-Organización de referencia para pacientes y arteterapeuta.</li> <li>- No limitar las posibilidades creativas.</li> <li>- Cartel en la puerta.</li> <li>- Relación positiva con los padres.</li> <li>- Continuidad de la sesión fuera de la habitación.</li> <li>- Acompañamiento.</li> </ul>

Estas medidas hacen referencia específicamente a la relación con la institución el personal que allí trabaja, ya que como hemos afirmado anteriormente, repercutirá directamente en la relación que establezcamos con los pacientes.

En cuanto a la relación terapéutica, podemos extraer las conclusiones de la exposición de casos que se ha hecho.

En referencia a este tema quiero resaltar la importancia de buscar la conexión humana con el paciente si es posible, a través del diálogo, del juego y de la presencia, del estar presente. Debemos procurar una escucha significativa ya que como en el resto de la población, las necesidades son muy diversas y debemos ser capaces de satisfacerlas en la medida de lo posible. No dejarnos llevar por el miedo y no ponernos limitaciones nosotras mismas, sino confiar en la potencialidad de nuestra disciplina y en los beneficios de nuestra labor. La descripción del caso de Alejandro en mi opinión, ilustra muy bien este tema de la pérdida del miedo y la puesta en acto de la imaginación. Como terapeutas debemos facilitar al paciente la evasión del contexto, y para ello nosotras mismas tenemos que ser capaces de imaginar lo imposible para que con lo dado hagamos lo posible.

Resalto lo positivo de utilizar dinámicas analógicas como la *dinámica de los garabatos* que permite conectar con el paciente de modo directo saltando numerosas barreras que imponen nuestra cultura y yendo a la raíz de la cuestión, el material inconsciente. Esta dinámica ha jugado un papel fundamental en numerosas sesiones pero concretamente en el caso Laura, pude constatar la potencialidad que encierra. Para quien esté interesado en este ejercicio recomiendo la lectura del artículo de Günter, M. que reseño en la bibliografía.

En el caso de Marta, esta dinámica permitió a la paciente conectar con contenidos de su vida cotidiana que le devuelven una visión muy positiva de sí misma como ser creador. De nuevo, como ocurre en la práctica del arteterapia, la persona conecta con la capacidad, la potencialidad de su ser, poniendo el foco en la salud y no en la enfermedad, en el control interno y el rol activo de artista frente a la pasividad que se adjudica a un paciente hospitalizado.

La novedad que este ejercicio de investigación me ha supuesto reflejará inevitablemente posibles vacíos que generen dudas en el lector. Admito que el entusiasmo ante el tema de investigación ha podido llevarme a hacer aseveraciones que no tienen más fundamento que mi experiencia y modo de percibir la realidad, pero ha sido desde este sesgado prisma desde el que he intervenido en cada caso.

Afortunadamente y como ya he comentado he podido contar con la visión experta de muchas profesionales que me han guiado en esta aventura a las que estoy profundamente agradecida, Ana Belén Hernández y Belén López, de la Fundación

Menudos Corazones, María Romero del Hospital Universitario La Paz, Mónica Cury, Ana Serrano y Esther Carmona supervisoras de prácticas de la UCM, la Dra. Marián López-Fernández Cao, tutora académica y fuente de inspiración.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Abelló, A. y Lieberman, A. 2011 “Una introducción a la obra de D. Winnicott. Contribuciones al pensamiento relacional”. Ed. Ágora Relacional. Buenos Aires.
- Bechdel, A. 2012. “¿Eres mi madre? Un drama cómico. Ed. Random house Mondadori. Barcelona.
- Creswell, J.W. 2006 “Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches” cap 4. Ed. Sage. Londres.
- Cock, A. 2013. Encuadrando Corazones. TFM. UCM.
- Dalley, T. 1987 “El arte como terapia” Herder. Barcelona.
- Del Río, M. 2006. “Formas para el silencio” Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. Vol. 1 (2006): 69-74.
- Domínguez-Toscano, Pilar M<sup>a</sup>. 2004. “*Arteterapia. Principios y ámbitos de aplicación*” Conserjería de Educación Y Ciencia (Junta de Andalucía)
- Domínguez-Toscano, Pilar M<sup>a</sup>. 2006. “*Arteterapia. Nuevos caminos para la mejora personal y social.*” Conserjería de Educación Y Ciencia (Junta de Andalucía)
- Fiorini, H. 1995. “*El psiquismo creador*”. Paidós. Buenos Aires.
- González-Simancas, José Luis y Polaino-Lorente, Aquilino. 1990 “*Pedagogía Hospitalaria. Actividad educativa en ambientes clínicos.*” Ed. Narcea, Madrid.
- Klein, J.P. 2006 “*Arteterapia. Una introducción*” Ed. Octaedro. Barcelona.
- López Fernández. Cao, Marián y Martínez Díez, N. 2006. “*Arteterapia. Conocimiento interior a través de la expresión artística*”. Ed. Tutor. Madrid.
- López Fernández. Cao, Marián y Martínez Díez, N. 2009. “*Reinventar la vida. El arte como terapia*”. Ed. Eneida. Madrid.
- López Fernández. Cao, Marián. 2011. “*Memoria, ausencia e identidad. El arte como terapia.*” Ed. Eneida. Madrid.
- Malchiodi, C. 1999. “*Medical Art Therapy with children*” Ed. Jessica Kingsley Publishers. Londres.
- Rico Caballo, Laura. 2007 “*Dolor, niños y arte. Oncología y trasplantes pediátricos.*” Arteterapia - Papeles de arteterapia y educación artística para la inclusión social. 2: 87-107.

- Ruíz Olabuénaga, J. I. 1996. "Metodología de la investigación cualitativa". Bilbao. Universidad de Deusto.
- Stake, E.R., 2007 *"Una investigación con estudio de casos"* Ed. Morata. Madrid.
- Steed, N. 2013, La instauración de un servicio de arteterapia en la Unidad de Cuidados Intensivos de Pediatría. TFM. UCM.
- Stern, D.1985 "El mundo interpersonal del infante" Ed. Paidós. Barcelona.
- Winnicott, D.W. 1982 *"Realidad y juego"* Ed. Gedisa. Barcelona.
- Wood, M. y Pratt, M. 1998. "Art Therapy in Palliative Care" Ed. Routledge. Londres

## 7.2. Bibliografía digital

- Anfuso,A., Indart, V. 2009."¿De qué hablamos cuando hablamos de Winnicott?"<http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/libro-introduccion.pdf> Extraído el 6/6/2014.
- Barrera, R.2008. "Apoyo emocional post hospitalario de una niña parapléjica a través del arte terapia" Facultad de Artes. Universidad de Chile.[http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/banderas\\_r/sources/banderas\\_r.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2008/banderas_r/sources/banderas_r.pdf) Extraído el 6/6/2014.
- Beltrán, A. 2011. "Arteterapia como espacio de cuidado grupal". Facultad de Artes. Universidad de Chile. [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-beltran\\_a/pdfAmont/ar-beltran\\_a.pdf](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2011/ar-beltran_a/pdfAmont/ar-beltran_a.pdf). Extraído el 6/6/2014.
- Clancy,M "Introducción a la teoría psicoanalítica de Melanie Klein". [http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/conceptos\\_teo.pdf](http://www2.kennedy.edu.ar/departamentos/psicoanalisis/articulos/conceptos_teo.pdf) Extraído el 8/6/2012.
- Donoso, T. "Construccionismo Social: Aplicación del Grupo de Discusión en Praxis...", Vol. XIII, N° 1: Pág. 9-20. 2004 <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17459/18229> Extraído el 6/6/2014.
- Flores, N. 2000. "El paciente crónico en pediatría, algo más que un cuerpo enfermo". Área clínica. [http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha\\_04\\_055-057.pdf](http://www.revistauaricha.umich.mx/Articulos/Uaricha_04_055-057.pdf)

- Günter, M. 2000. “*Art Therapy as an intervention to stabilize the defenses of children undergoing bone marrow transplantation*”. The arts in psychotherapy, 27(1), 3-14.  
[http://www.arttherapycourses.com.au/pdfs/Guenter,%20M.%20\(2000\).%20Art%20Therapy%20as%20an%20Intervention%20to%20Stabilize%20the%20Defenses%20of%20Children%20undergoi.pdf](http://www.arttherapycourses.com.au/pdfs/Guenter,%20M.%20(2000).%20Art%20Therapy%20as%20an%20Intervention%20to%20Stabilize%20the%20Defenses%20of%20Children%20undergoi.pdf) Extraído 7/6/2014
- Jimenez, J.P. 2005 “El vínculo. Las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica”. Aperturas psicoanalíticas Revista internacional de psicoanálisis. Nº 20.  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000341&a=El-vinculo-las-intervenciones-tecnicas-y-el-cambio-terapeutico-en-terapia-psicoanalitica>  
Extraído el 6/6/2014
- Lossa, L., Corbella, S., Botella L. 2012. Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica · Boletín de Psicología, No. 105, Julio 2012. <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N105-6.pdf>. Extraído el 6/6/2014

Páginas web consultadas

<http://www.baat.org/>

<http://www.arttherapy.org/>

## **8. ANEXOS**

### **8.1. Formulario de Registro.**

<b>Registro sesiones Arteterapia</b>	
<b>Hospital</b>	
<b>Fecha</b>	
<b>Nombre</b>	
<b>Sexo</b>	
<b>Edad</b>	
<b>Descripción</b>	
<b>1. Actividad</b>	
<b>2. Materiales</b>	
<b>3. Objetivos</b>	
<b>Generales</b>	
<b>Específicos</b>	
<b>4.Encuadre</b>	
<b>5.Comportamiento</b>	
<b>6.Expresión artística</b>	
<b>7.Capacidad de expresión-reflexión</b>	
<b>8.Necesidades destacadas</b>	
<b>9.Registro imágenes</b>	
<b>10.Reflexión personal</b>	

### **8.2. Tríptico informativo**

### ¿Qué es el Arteterapia?

El Arteterapia es una forma de terapia expresiva que utiliza el proceso creativo para ayudar a las personas que viven con una enfermedad o simplemente pasan por dificultades, ayudando así a mejorar su nivel de vida y su bienestar físico, psíquico y mental.

Se basa en la afirmación de que tanto el proceso artístico como la actividad creativa, pueden ayudar a las personas a resolver conflictos, desarrollando estrategias para combatir y afrontar sus miedos e inseguridades.



### Objetivo del Arteterapia.

Su principal objetivo es apoyar a la persona en su desarrollo personal y emocional durante su estancia en el Hospital, a través de una forma de expresión creativa, más allá de lo verbal.

### Arteterapia y niños.

Normalmente los niños se sienten más cómodos a la hora de expresarse a través de lápices y rotuladores de colores, que mediante palabras. En el arteterapia los niños aprenden gradualmente a relacionarse tanto con el Arteterapeuta como con el material, creando así un vínculo que hace de canal y vía para la expresión de sus emociones y sentimientos. El arte se convierte así en un motor de cambio hacia una vida mejor.



### Arteterapia y padres o acompañantes.

Actualmente la práctica del Arteterapia se extiende desde los niños hasta los mayores.

La fundación *Menudos Corazones* pone a disposición sesiones de Arteterapia para aquellos padres o personas que acompañen a los niños en su estancia hospitalaria, ofreciendo la posibilidad de expresar preocupaciones e inquietudes, etc. desde lo no verbal, ya que a menudo resulta más sencillo éste tipo de lenguaje.

Se comunicará a los padres el horario establecido para trabajar en las habitaciones u otros espacios dentro del hospital.



### Arteterapia en el Hospital.

El Arteterapia es una práctica muy extendida con más de cincuenta años de reconocimiento en las áreas de salud, en países como Reino Unido Y Estados Unidos.

La fundación *Menudos Corazones* Junto con el *Máster de Arteterapia y Educación Artística para la Inclusión Social*, llevan a cabo un proyecto de formación e intervención en hospitales a través de las sesiones. En todas estas sesiones están involucrados profesores universitarios y profesionales en formación de posgrado que garantizan su compromiso de confidencialidad sobre las sesiones y su obra.

**"Solo al ser creativo  
el individuo se descubre  
a sí mismo" Donald Winni-  
cott**



**" Los encuentros con el arte  
tienen un poder único  
para liberar la imaginación"  
Maxime Greene.**



menudos corazones  
Asociación de apoyo a la infancia con MENUDOS al corazón

Tel.: 91-3736746/ 91-3866122  
[www.menudoscrazones.org](http://www.menudoscrazones.org)  
[informacion@menudoscrazones.org](mailto:informacion@menudoscrazones.org)



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE  
MADRID

Máster en Arteterapia y  
Educación Artística para la  
Inclusión Social

**Arteterapia  
y Arte en el  
Hospital.**



**Inspirar a otros  
a crear.**



## 9. DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



Reseña sobre el servicio de arteterapia en el Hospital 12 de Octubre realizada por la fundación.